

Univerzita Karlova v Praze

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky



Diplomová práce

Využití hiporehabilitace u dětí s poruchami chování a ADHD

**The use of Equine Assisted Therapy with children suffering from
behavioral disorders and ADHD**

Bc. Martin Lukáš

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Barbara Valešová Malecová, Ph.D.

Studijní program: Speciální pedagogika (N7506)

Studijní obor: N SPPG (7506T002)

Forma studia: kombinovaná

Rok dokončení: 2014

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem předloženou diplomovou prací s názvem: „*Využití hiporehabilitace u dětí s poruchami chování a ADHD*“ vypracoval pod vedením vedoucí diplomové práce samostatně s použitím pramenů uvedených v seznamu literatury. Tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna veřejnosti ke studijním účelům.

V Praze, dne 22. března 2014

.....

Bc. Martin Lukáš

Rád bych touto cestou poděkoval Mgr. Barbaře Valešové Malecové, Ph.D. za přínosné rady a pomoc při koncipování mé diplomové práce. Dále děkuji terapeutkám a celému Sdružení Pirueta za podporu a umožnění výzkumu.

Název práce: Využití hiporehabilitace u dětí s poruchami chování a ADHD

Abstrakt:

Hiporehabilitace se stává stále více oblíbenou terapeutickou metodou a nejrozšířenější formou animoterapie. Pojem hiporehabilitace je široký a zahrnuje v sobě čtyři základní podobory. Nejčastěji využívaným avšak nejméně popsáným je obor, který se do roku 2011 nazýval léčebné pedagogicko-psychologické ježdění a nyní je rozdělen na dva obory s názvy psychoterapie pomocí koní (PPK) a aktivity s využitím koní (AVK), které se však stále mísí a jsou realizovány souběžně. PPK a AVK se v případě dětí školního věku využívá především u poruch chování a ADHD. Diplomová práce má za cíl zhodnotit míru efektivity hiporehabilitačního programu u dětí s těmito diagnózami.

Výzkum byl realizován ve Středisku hiporehabilitace Pirueta, které působí v rámci Psychiatrické nemocnice Havlíčkův Brod. Hlavní metodou výzkumu bylo pozorování pěti probandů v rámci jednoho uceleného hiporehabilitačního programu. Na začátku a na konci programu byla zadána vyučujícím pěti probandů posuzovací škála, která byla doplňující technikou výzkumu poskytující vstupní a výstupní diagnostiku z pohledu třídního učitele. Data z vlastního pozorování se přibližně z 90% shodovaly s výsledky, které poskytlo srovnání vstupních a výstupních posuzovacích škál.

V průběhu programu všichni klienti dosáhli zlepšení v oblasti sebejistoty, dodržování pravidel, spolupráce a empatie. U všech klientů došlo v různé míře, podle potřeby ke stabilizaci emotivity, což korespondovalo s nárůstem sebejistoty. U čtyř klientů, kteří měli problém s impulzivitou a respektováním autorit, došlo ke zlepšení i v těchto oblastech. U třech klientů, kteří měli problém s agresivitou, došlo v různé míře ke zlepšení. Další výsledky byly již více individuálně zastoupené, mezi výraznější (3 z 5 klientů) patřilo zlepšení schopnosti organizovat svou činnost, pozornosti a snížení hyperaktivity.

Klíčová slova: hiporehabilitace, porucha chování, ADHD/hyperkinetický syndrom, AVK (aktivity s využitím koní), PPK (psychoterapie pomocí koní)

Title: The use of Equine Assisted Therapy with children suffering from behavioral disorders and ADHD

Abstract:

Therapeutic horseback riding is one of the most popular and the most used form of animal based therapy. The term “therapeutic horseback riding” itself is very broad and it consists of four basic branches. The most used, yet least described, is the branch that has been called “pedagogical-psychological horseback riding therapy” since 2011. This branch is further divided into two sub-branches, Equine assisted psychotherapy and Horse-based activities. These two sub-branches overlap each other and are usually conducted together. With school-age children they are mostly used in cases of behavioral disorders and ADHD. The goal of the thesis is to evaluate the effectiveness of the methods with children diagnosed as such.

The research was realized in “Stredisko hyporehabilitace Pirueta” which operates within the Mental Hospital in Havlickuv Brod. The method of the research was observation of five subjects within the one complete therapy unit. At the beginning and at the end of the unit the tutors of the subjects were given observational scale, which served as supplementary technique for diagnostics. Data obtained from own observation and the data gained from observational scaled matched each other approximately in 90%.

During the therapy unit all the subjects improved in areas of self-confidence, self-control, rules upholding, cooperation and empathy. In different rate, all the subjects attained the stabilization of their emotiveness which corresponded with the increase of self-confidence. Four of the subject having the problems with respecting the authority and impulsivity improved in these areas as well. Three clients having problems with aggressive behavior improved in this area in various rates. Other areas and results were more individual. The most significant of these (with 3 out of 5 subjects) were improvements in self-management, attention span and decrease of hyperactivity.

Keywords: Equine Assisted Therapy, behavioral disorder, Attention deficit hyperactivity disorder, Equine Assisted Learning/Therapy, Equine Assisted Psychotherapy

Obsah

Úvod	7
1 Charakteristika ADHD a poruch chování	9
2 Vymezení PPK a AVK v hiporehabilitaci.....	15
2.1 Obory hiporehabilitace.....	15
2.2 Historický a současný vývoj hiporehabilitace v ČR.....	15
2.3 Teoretická východiska AVK a PPK	17
2.4 Oblasti působení AVK a PPK.....	18
2.4.1 Motivace	19
2.4.2 Senzomotorika	19
2.4.3 Sebehodnocení.....	20
2.4.4 Kognitivní výkon	20
2.4.5 Empatie	21
2.4.6 Emoční prožívání.....	21
2.4.7 Sociální dovednosti.....	22
2.5 Metody AVK a PPK	23
2.5.1 Metody AVK	24
2.5.2 Metody PPK	24
2.6 Indikace, kontraindikace a struktura lekce AVK a PPK.....	25
2.7 Terapeutický tým	27
3 Téma využití hiporehabilitace u dětí s poruchami chování a ADHD v literatuře	28
4 Výzkumná část	32
4.1 Středisko hiporehabilitace Pirueta	32
4.2 Cíle a výzkumné metody	32
4.3 Výběr a charakteristika probandů	34
4.4 Kazuistiky	34
4.5 Analýza a interpretace dat.....	50
5 Diskuze.....	62
6 Závěr.....	64
Použitá literatura.....	66
Seznam zkratk.....	70
Přílohy	71

Úvod

Pravděpodobně nejznámějším oborem hiporehabilitace je hipoterapie, která je především fyzioterapeutickou metodou využívající pohyb koně k ovlivnění posturálního vývoje tělesně postižených. Tato metoda má u nás nejdelší tradici a její výsledky jsou široce doložené kvantitativním výzkumem. Díky tomu je kladně přijímána lékaři a její průběh je částečně hrazen z fondů zdravotních pojišťoven. Hiporehabilitační střediska se nachází hlavně při psychiatrických nemocnicích a jejich klientela tak může být tvořena okolo 90% z jedinců zde hospitalizovaných s duševními onemocněními. Hiporehabilitační střediska poskytují hipoterapii spíše ambulantním klientům a více se tedy věnují dalším dvěma oborům hiporehabilitace, kterými jsou psychoterapie pomocí koní (PPK) a aktivity s využitím koní (AVK). Přičemž metody PPK a AVK jsou nejčastěji prováděny souběžně v rámci jednoho terapeutického programu a vzájemně se mísí. AVK jsou eklekticky vzniklou metodou, vycházející ze speciální pedagogiky, sociální pedagogiky a sociální práce.

Z hlediska speciální pedagogiky mají AVK a PPK nejbližší k oboru etopedie, a to především v období školního věku, kdy jejich nejčastější cílovou skupinou jsou děti s poruchami chování a ADHD. Přesto studie zkoumající AVK a PPK se na tuto problematiku zaměřují především z hlediska psychologie a sociální práce. Považuji tedy za přínosné se na AVK a PPK podívat i z hlediska speciální pedagogiky, která je dle teorie mateřským oborem AVK. Jak bylo výše naznačeno efektivita AVK nelze zkoumat samostatně bez PPK, což vysvětluje velký podíl studií realizovaných z psychologické perspektivy, které se však zaměřují častěji na jiná duševní onemocnění a zdůrazňují psychoterapeutické hledisko. Výzkumy efektivit hiporehabilitace u dětí s poruchami chování a ADHD jsou nejčastěji realizovány z perspektivy oboru sociální práce. Důvodem pravděpodobně je, že především jedinci s poruchami chování ale i ADHD, u kterého je porucha chování prognosticky významná, mohou být sociálně ohroženou skupinou a jejich chování má sociálně významný projev. Hiporehabilitace je tedy i metodou sociální prevence a intervence u sociálně patologických jevů.

Téma hiporehabilitace jsem si vybral pro její jednoduchý a přirozený způsob pomoci klientům s ADHD a poruchou chování. Jako cíl diplomové práce jsem se rozhodl ověřit míru efektivit hiporehabilitačního programu při léčbě poruch chování a ADHD,

respektive popsat jaký vliv má konkrétní hiporehabilitační program na zmírnění jednotlivých symptomů obou diagnóz.

K výzkumu jsem zvolil Středisko hiporehabilitace Pirueta, které je významným členem České hiporehabilitační společnosti a jejím školicím střediskem. Očekávám tedy, že AVK a PPK zde budou metodicky realizovány v reprezentativní podobě. Domnívám se, že výsledky výzkumu přispějí k lepšímu pochopení terapeutických potřeb osob s poruchami chování a ADHD. Předpokládám, že metody hiporehabilitace budou ospravedlňovat její využití a zároveň nabízet možnosti jejich aplikace v oblasti speciální pedagogiky.

1 Charakteristika ADHD a poruch chování

ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder), v české terminologii hyperkinetická porucha, patří mezi neurovývojové poruchy. Na jejím vzniku se podílí přibližně ze 75% dědičnost, přičemž se jedná o polygenetickou etiologii (mutace více genů), zbylých 25% tvoří poškození v prenatalní, perinatální nebo postnatálním období. ADHD se projevuje neurovývojovým opožděním s odchylkami ve vývoji centrální nervové soustavy a porušenou regulací neurotransmitterových systémů (noradrenergního a dopaminergního). (Paclt et al., 2007; Höschl, Libiger, Švestka, 2004)

Mezi základní symptomy ADHD patří hyperaktivita, impulzivita a nedostatečná schopnost soustředění. Symptomy jsou v čase nápadně stálé a neodpovídají vývojové fázi dítěte, v dospělosti však u téměř poloviny jedinců vymizí. Všeobecně u dětí pohybová aktivita roste do tří let věku, a potom klesá. U dětí s ADHD tomu tak není a pozorovatelné odlišnosti u nich začínají být nápadné až při nástupu na základní školu, kdy neposedí v lavici apod. (Vágnerová, 2005) V tomto období je pravděpodobně diagnostikováno největší množství dětí s ADHD, a z tohoto důvodu nejspíš Vágnerová zkresleně (2005, s. 97) konstatuje, že „ADHD bývá diagnostikováno již v předškolním věku a nejpozději do 7 let“. Oproti tomu Höschl, Libiger a Švestka (2004, s. 881) píše, že „hyperkinetické poruchy jsou diagnostikovány ve všech věkových kategoriích – od dětství do dospělosti. Tatáž porucha má různé symptomy podle věku. Projevují se již v kojeneckém období poruchou základních biorytmů, v batolecím a předškolním dezinhibicí, ve školním věku kognitivní dysfunkcí, v adolescenci poruchami chování, v pozdní adolescenci a časně dospělosti sociální maladaptací spojenou často s kriminalitou“.

V současné době převládá názor, že základem ADHD je neschopnost zamezit reakci na impulz, což se projevuje jak v deficitu pozornosti, tak v hyperaktivitě. U dětí s ADHD tedy nejsou stěžejní hyperaktivní reakce, ale spíše velmi pomalé útlumové mechanismy, které pravděpodobně souvisí s temporální dynamikou. Nedostatečná schopnost odvrátit reakci na impulz má dopad na všechny oblasti života jedince. Například rodiče musí být neustále ve střehu, aby ochránili dítě od nehod. Výchova je náročnější, rodiče bývají unavenější, obzvlášť pokud sami mají symptomy ADHD. Taková zátěž se promítá i do vzájemných vztahů a je pravděpodobné, že děti nemusí vždy své rodiče vnímat kladně. V širším sociálním prostředí je dítě odmítáno, protože se chová

nevhodně, skáče do řeči, mluví bez rozmyšlení. Tak jejich často nevinné záměry mohou budít dojem schválnosti a jejich činy být zaměňovány za vzdorovitost, asociální chování apod. Odmítání a neúspěch tak negativně formuje jejich sebevědomí. To vše společně s negativními očekáváními může následně vést k vytvoření skutečného opozičního či antisociálního vzorce chování. (Paclt et al., 2007; Munden, Arcelus, 2008)

Velmi přesné vymezení symptomů nám poskytují Höschl, Libiger a Švestka (2004, s. 882), kteří je dělí na „*poruchy kognitivních funkcí, poruchy motoricko-percepční, poruchy vizuomotorické koordinace, poruchy emocí a afektivity, impulzivitu a sociální maladaptaci*“.

Deficit pozornosti je multidimenzionální problém a je stěžejní příčinou poruchy kognitivních funkcí, přičemž se projevuje i v nabývání motorických schopností a praktických dovedností. Porucha pozornosti zasahuje oblast koncentrace, tenacity (délky soustředění vzhledem k věku), distribuce – rozsah pozornosti (nedovedou se soustředit na komplexnější situaci, všímají si jen dílčích částí), vigility – pružnosti pozornosti (schopnost přenášet pozornost) a selektivity pozornosti, která u nich bývá často nevýběrová. (Vágnerová, 2005) Kvůli deficitu pozornosti nedovedou integrovat činnost různých poznávacích funkcí. Navíc se do poznávacího procesu negativním způsobem zapojuje motorika. (Höschl, Libiger, Švestka, 2004) Regulace příjmu podnětů a koordinace jejich zpracování se projevuje v nepřiměřeném přísunu informací, které je zatěžují a vyčerpávají. Tento problém se projevuje deficitem ve vytrvalosti, neboť úkoly děti více vyčerpávají a výsledek pro ně nemusí být příliš atraktivní. Mezi praktické dovednosti se řadí i komunikační dovednosti, které jsou inhibovány nedostatečnou schopností se soustředit na řešený problém a osvojování si sociálních dovedností. (Vágnerová, 2005) Své exekutivní funkce nedovedou regulovat a koordinovat, což se projevuje v neschopnosti vytvářet, sekvencovat a realizovat své plány. Poruchy pozornosti tak ovlivňují schopnost učení i paměť, hůře si vybavují informace, typické je zapomínání osobních věcí apod. Porucha je zřetelná v oblasti slovní a pracovní paměti. (Höschl, Libiger, Švestka, 2004) Tento deficit je nejvíce patrný v plnění školních úkolů a povinností. Jejich školní prospěch bývá horší, než by odpovídalo jejich inteligenci. Zhoršení prospěchu následkem deficitu v kognitivní oblasti může vést k potížím, které se označují jako nespecifické poruchy učení. (Paclt et al., 2007; Vágnerová, 2005)

Impulzivita se projevuje i v oblasti emoční. U hyperaktivních dětí se můžeme často setkat s podrážděností a celkovou emoční labilitou. Obzvlášť afektivně reagují v situacích,

které vyžadují nějaké omezení. Rovněž mívají nižší míru frustrační tolerance. (Vágnerová, 2005)

ADHD je velmi často doprovázeno jinými poruchami. Höschl, Libiger a Švestka (2004, s. 881) uvádějí, že *„zátěž a zevní stresory vedou k maladaptivnímu chování s vysokou psychiatrickou komorbiditou“*. Nejčastěji se však jedná o specifické poruchy učení, obvykle se uvádí, že až 70% dětí s ADHD má poruchu učení, nejčastěji dyslexii. Dle Munden a Arcelus (2008, s. 27) má 45% dětí s ADHD poruchu chování a může se stát, že ADHD je nedostatečně diagnostikováno z důvodu překrytí výraznější poruchou chování. Porucha chování abnormálně aktivuje některé mozkové struktury v oblasti bazálních ganglií a cortexu obdobně jako ADHD, především se ale rovněž pojí se specifickými poruchami učení (dále jen SPU) a s dalšími problémy v sociální rovině obdobně jako je tomu u ADHD. Takového překrytí diagnóz je však možné spíše v zemích, které při diagnostice postupují podle Amerického diagnostického a statistického manuálu (dále jen DSM-IV.), protože Mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen MKN-10) v kapitole o hyperkinetických poruchách vyčleňuje samostatnou diagnostickou skupinu s názvem **hyperkinetická porucha chování**. Pokud děti s ADHD získají poruchu chování v období prepuberty, což je pro poruchu chování nejtypičtější, má obvykle další vývoj poruchy chování lepší prognózu. V případě výskytu poruchy chování v mladším věku se jedná o poruchu výlučně spojenou s ADHD (pouze dle MKN-10, 1992) a je označována společným názvem hyperkinetická porucha chování, která má horší prognózu, včetně častějšího spojení s SPU. (Munden, Arcelus, 2008)

Zde je nutno podotknout, že hyperkinetická porucha je širší pojem než ADHD, protože zahrnuje deficit ve všech třech oblastech (pozornost, hyperaktivita a impulzivita). U ADHD spatřuji hlavní problém v tom, že diagnostikovaní jedinci nemusí vykazovat symptomy impulzivity (postačí hyperaktivita s deficitem pozornosti), která se ukazuje jako klíčová při vzniku ADHD. (Paclt et al., 2007; Munden, Arcelus, 2008) V případě hyperkinetické poruchy je tedy díky přísnějším kritériím MKN-10 (1992) diagnostikována menší skupina dětí se závažnějšími příznaky než u ADHD. Rovněž studie využívající volnější kritéria DSM-IV. (1994) přinášejí vyšší hodnoty výskytu ADHD, přibližně 10% v populaci, oproti přibližně 5% u diagnostikovaných podle MKN-10 (1992). Pro účely této práce však považuji za vhodnější používat pojem ADHD, právě protože zahrnuje oproti hyperkinetické poruše spíše parciální poruchy, které jsou ovlivnitelné některými terapeutickými postupy. (Munden, Arcelus, 2008; Höschl, Libiger, Švestka, 2004)

Etiologie **poruch chování** je multifaktoriální a zahrnuje faktory genetické, konstituční, temperamentové a organické. Studie zabývající se biologickou etiologií poukazují především na změnu hladiny testosteronu a serotoninu a snížené aktivity dopamin-beta-hydroxylázy. Genetická dispozice se projevuje hlavně na úrovni temperamentu, kdy rizikovým faktorem je dráždivost, impulzivita, potřeba vyhledávat vzrušení, snížený sklon k úzkostnému prožívání a menší citlivost ke zpětné vazbě. (Vágnerová, 2005) Psychosociální etiologie zahrnuje problémy v rodině, ve výchově, ve škole, vliv vrstevníků a citové deprivace. Působením faktorů zevního prostředí dochází, buď k potenciaci, nebo ke zmírnění projevů. Příkladem může být kombinace perinatální komplikace s následným odmítáním rodičů či negativním stylem výchovy. Počet rizikových faktorů je zásadní a jejich kumulací se zvyšuje riziko poruchy. (Höschl, Libiger, Švestka, 2004) V etiologii se však vždy můžeme setkat s nefunkční nebo dysfunkční výchovou v rodině, protože u dobře vedeného dítěte by nemělo dojít k natolik závažnému narušení socializačního vývoje. (Matějček, 1992)

Mezi základní příznaky patří opoziční vzdor a agresivita, z nichž se odvozují další příznaky, jako jsou výbuchy zlosti, rvačky, tyranizování, krutost k jiným lidem či zvířatům, ničení majetku, žhářství, krádeže, záškoláctví a lhaní. (Paclt et al., 2007) Höschl, Libiger a Švestka (2004, s. 883) vymezují diagnostická kritéria jako: *„Opakující se stabilní vzorce chování, ve kterých jsou porušovány sociální normy, pravidla a práva druhých. Během uplynulého roku musí být přítomny 3 nebo více symptomů s jedním symptomem trvale přítomným v posledním půlroce. Základní 4 symptomy jsou agrese k lidem a zvířatům, destrukce majetku a vlastnictví, nepoctivost nebo krádeže, vážné násilné porušování pravidel“*.

Vágnerová (2005, s. 143) definuje poruchu chování jako: *„odchylku v oblasti socializace, kdy jedinec není schopen nebo ochoten respektovat normy chování a práva druhých na úrovni odpovídající jeho věku, event. na úrovni svých rozumových schopností“*. Porucha chování je tedy možná jen za předpokladu, že tito jedinci sociální normy a pravidla chápou. Vágnerová (2005, s. 144) dále píše, že *„tento předpoklad nesplňují např. mentálně retardovaní jedinci“*. Oproti tomu jedna z mých kazuistik ve výzkumné části (kapitola 4) se týká jedince s lehkou mentální retardací (LMR) a poruchou chování. Ve shodě s diagnózou stanovenou dětským psychiatrem se domnívám, že jedinci s LMR sociální normy a pravidla mohou chápat.

I když jedinci s poruchou chování sociální normy a pravidla chápou, za jejich porušení však nepocítují vinu, nemívají dostatečné svědomí a nebývají dostatečně

sebekritičtí. Důvodem je nízká úroveň sociálních kompetencí, které jsou potřebné k porozumění jednání jiných lidí, důsledkům vlastního jednání a k navazování sociálních vztahů. Mají sklon ospravedlňovat své chování nebo za něj obviňovat druhé ve smyslu hostilní atribuční předpojatosti, která je generalizovaným sklonem k hodnocení úmyslů ostatních dětí jako nepřátelských. I když by rádi navazovali přátelské vztahy, nedaří se jim to. Místo toho jednají zkratkovitě a nejsou schopni se ze svého jednání poučit. Schopnost respektovat společenská pravidla souvisí s nedostatečně rozvinutou schopností autoregulace. Regulace chování u nich probíhá často pouze emocionálně, a tak je častěji směřuje k dosažení aktuálního uspokojení. Výraznější afektivita v chování většinou potlačuje uplatnění rozumového zhodnocení situace. Tito jedinci mívají specifické emoční ladění, bývají mrzutí a nespokojení či úzkostní. Dalšími typickými vlastnostmi jsou egoismus, citová plochost, chladnost a nedostatek empatie. Nedostatečné sociální kompetence ovlivňují i jejich sebehodnocení, které většinou osciluje mezi dvěma extrémními polohami od méněcennosti a nejistoty až po výraznější nadřazenost. Rovněž u nich můžeme pozorovat nízkou toleranci k zátěži. (Vágnerová, 2005)

Podle MKN-10 (1992) jsou diagnostickými kategoriemi poruch chování (F91): - hyperkinetická porucha chování (F90.1), porucha chování ve vztahu k rodině (F91.0), nesocializovaná porucha chování (F91.1), socializovaná porucha chování (F91.2), porucha opozičního vzdoru (F91.3), porucha přizpůsobení s převládající poruchou chování (F43.24) a porucha přizpůsobení se smíšenou poruchou chování a emocí (F43.25). Jinou diagnostickou skupinou dle MKN-10 (1992), která kombinuje poruchy chování s depresivními, úzkostnými, obsesivně kompulzivními a fobickými či hypochondrickými trvalými emočními příznaky, je smíšená porucha chování a emocí (F92). Poruchu opozičního vzdoru DSM-IV. (1994) nepovažuje za samostatnou poruchu chování, ale oba dva klasifikační systémy se shodují, že porucha opozičního vzdoru je mírnější, respektive prodromální forma poruchy chování. Termín nesocializovaná porucha chování definuje Paclt (2007, s. 138) jako: „*antisociální projevy spojené s osamoceným prováděním disociálních aktivit*“. Oproti tomu socializovaná porucha chování se týká disociálního chování určité skupiny jedinců. (Paclt et al., 2007)

Poruchy chování lze většinou diagnostikovat až ve středním školním věku. V mladším školním věku mívají projevy spíše přechodný charakter a jsou signálem rozvíjející se poruchy osobnosti. Závažnější poruchy chování se však mohou začít projevovat již v mladším školním věku a mít trvalejší agresivní a asociální či antisociální charakter. Porucha chování často přetrvává do období adolescence, kdy se vyvine do

disociální poruchy osobnosti. V období dospívání se můžeme ojediněle setkat s idealizací a ospravedlňováním nefunkční rodiny, většinou se však jedná o odklon od rodiny k vrstevnickým skupinám. Disociální porucha osobnosti obvykle vede v období dospělosti k dalším projevům nežádoucího až kriminálního chování. (Vágnerová, 2005) Höschl, Libiger a Švestka (2004, s. 883) ke kontinuálnímu vývoji dodávají, že: *„prognóza je špatná tam, kde je zjišťován kontinuální vývoj. Koncepce kontinuity duševních poruch a poruch chování je zde vysoce validní, jde od poruch chování v předškolním věku přes disharmonický vývoj osobnosti s nesocializovanou poruchou chování v adolescenci do asociální poruchy osobnosti v dospělosti.“*

Výskyt poruch chování se podle jednotlivých autorů liší v rozmezí od 2 do 20% v populaci. Častěji se objevují u chlapců než u dívek, jednotliví autoři uvádějí poměr od 1 : 4 až do 1 : 12. (Vágnerová, 2005)

2 Vymezení PPK a AVK v hiporehabilitaci

2.1 Obory hiporehabilitace

AVK – Aktivita s využitím koní jsou oborem hiporehabilitace, metodou speciální pedagogiky, sociální pedagogiky a sociální práce. Obor využívá prostředí chovu koní, práci s koňmi, kontaktu a interakce s koňmi k aktivizaci, motivaci, výchově a vzdělávání lidí se specifickými potřebami. (Česká hiporehabilitační společnost, 2012)

Pojem AVK se překrývá s mezinárodně používanými pojmy EAT (Equine Assisted Therapy), EEL (Equine Experiential Learning) a rovněž EAL (Equine Assisted Learning). (Velemínský et al., 2007)

PPK – Psychoterapie pomocí koní je oborem hiporehabilitace, který se zabývá podpůrnou léčbou duševních onemocnění. (Česká hiporehabilitační společnost, 2012)

Pojem PPK zahrnuje mezinárodně používané pojmy, které jsou však více diferenciovány. Jedná se o EAP (Equine Assisted Psychotherapy), EFP (Equine Facilitated Psychotherapy), která se zaměřuje na poruchy chování a emocí, a Equine Facilitated Mental Health. (Velemínský et al., 2007)

Hipoterapie – Je metodou fyzioterapie, využívající pohybové impulsy koně k ovlivnění posturálního vývoje CNS tělesně postižených. Díky balanční ploše na hřbetě koně dochází k adaptaci klienta na pohyb koně a tím k facilitaci reparačních mechanismů na úrovni neurofyziologické a psychomotorické. (Česká hiporehabilitační společnost, 2012)

Parajezdeckví – Parajezdeckví, dříve pod názvem sportovní ježdění handicapovaných, využívá speciální pomůcky či změněné techniky jízdy. Umožňuje osobám se zdravotním postižením a znevýhodněním účastnit se sportovních soutěží, učit se jízdě na koni a voltižním cvikům. (Česká hiporehabilitační společnost, 2012)

2.2 Historický a současný vývoj hiporehabilitace v ČR

Pravděpodobně první osobností české hiporehabilitační histografie byl osobní lékař Marie Terezie Van Swieten, na jehož doporučení císařovna skutečně využívala jízdy na

koni k léčebným účelům. Pozitivní vztah k ježdění na koni měl i první československý prezident T. G. Masaryk, vzpomeňme jeho známou větu: „*Proč rád jezdím na koni? – protože je to nejrychlejší tělocvik. To se cvičí najednou celé tělo, ruce, nohy, plíce, srdce – jen to zkuste!*“ (Hollý, Hornáček, 2005, s. 15).

První úvahy o využití hipoterapie v současnější podobě se na našem území datují k roku 1947. Projekt byl vytvořen k léčbě polyomyelitis v Jánských Lázních, z technických důvodů se však neuskutečnil. Pokud uvážíme, že počátky hipoterapie se datují k přelomu 60. a 70. let v Německu a v Anglii, není vývoj v ČSSR této době příliš vzdálen, protože první hipoterapeutické středisko na našem území bylo otevřeno v roce 1976 v Hucul Clubu ve Zmrzlíku u Prahy a bylo současně prvním hipoterapeutickým střediskem ve střední Evropě. (Lantelme, Smíšková, 2009) V roce 1979 fyzioterapeutka H. Hermach-Lewitová převezla dva huculské koně ze Zmrzlíku u Prahy do rehabilitačního ústavu v Chuchelné u Opavy, kde založila druhé hipoterapeutické středisko pro dětské klienty. V 80. letech postupně vznikla hipoterapeutická střediska i v Lázních Karviná-Darkov, v Dětské léčebně v Luži u Košumberku (zakladatelka Frantalová) a v psychiatrických léčebnách Zbůch (zakladatelé Klik a Zahrádka) a Praha-Bohnice (zakladatelka Hermanová). (Hepnerová, 2011)

Za zmínku rovněž stojí největší slovenské hiporehabilitační centrum v Psychiatrické nemocnici Hronovce, které funguje pod patronací psychiatra a předního slovenského hipologa K. Holého, který spolu s K. Hornáčkem (předseda sekce pro hiporehabilitaci Společnosti FBLR Slovenské lékařské společnosti a předseda Slovenské hipoterapeutické asociace) stáli u zrodu hipoterapie i v nynější České republice. (Hepnerová, 2011)

Počátkem 90. let již byla výrazná snaha o sdílení informací a další šíření hiporehabilitace, což mělo za následek založení České hiporehabilitační společnosti (dále jen ČHS) v roce 1991. Hlavní sídlo společnosti bylo původně v Hamzově léčebně v Luži-Košumberk, odkud se přestěhovalo do Psychiatrické nemocnice Bohnice. Předsedkyní ČHS je Vladimíra Casková. (Lantelme, Smíšková, 2009)

V 90. letech již nehovoříme pouze o hipoterapii a hipoterapeutických střediscích, ale o hiporehabilitaci, která se stala novým zastřešujícím pojmem pro jednotlivé obory. V 90. letech se totiž na našem území kromě hipoterapie významně rozšiřuje další obor hiporehabilitace s názvem léčebné pedagogicko-psychologické ježdění, který je od roku 2011 rozdělen na dva samostatné obory pod názvem aktivity s využitím koní (AVK) a psychoterapie pomocí koní (PPK). V případě ADHD a poruch chování a emocí je běžně

používána směs AVK a PPK, lišící se podle výběru a realizace metod terapeutickými týmy jednotlivých hipocenter. V podstatě se tedy jedná o využití nejrozumnějších metod z celého spektra původního léčebného pedagogicko-psychologického ježdění. (Rynešová, 2011)

2.3 Teoretická východiska AVK a PPK

Využití koně při léčbě duševních onemocnění má poměrně krátkou tradici. Léčebné pedagogicko-psychologické ježdění (dřívější označení pro AVK a PPK) tak při svém vývoji eklekticky využilo postupů jiných psychoterapeutických metod (oblast PPK), nejčastěji orientovaných psychodynamicky (kognitivně – behaviorální postupy, gestalt terapie, existenční analýzy apod.), a poznatků z oblasti sociální pedagogiky, speciální pedagogiky a sociální práce (oblast AVK). (Česká hiporehabilitační společnost, 2012)

PPK je komplexní psychoterapeutickou metodou založenou na vzájemném ovlivňování v interakci kůň - člověk - prostředí. Klient svými interakcemi ovlivňuje psychoterapeutický proces, který se stává neopakovatelným a využitelným pouze pro něj samotného. Terapeut zastává aktivní a nedirektivní roli, kdy kůň se stává psychologickým médiem napomáhajícím ke zmírnění nebo odstranění duševních poruch a onemocnění. Současně kůň slouží jako prostředek k vytvoření důvěry klienta v terapeuta, který zde představuje bezpečí při manipulaci s koněm. (Tilešová, 2009; Rynešová, 2011)

Kůň je projektivní plátno se zpětnou vazbou. Člověk transformuje své pocity do koně, který jim naslouchá skrze řeč těla. Potřebuje bezpečí, ujistit se, že člověk není predátor, ani slaboch, ale bezpečný vůdce, který je schopen chránit stádo. Toho využívá AVK a PPK ke změně dílčích aspektů osobnosti klienta. Kůň je opravdový, nic nepředstírá. Oproti tomu člověk vysílá nejednoznačné signály. Teorie zpětné vazby říká, že dvojité zpětné vazby působící na dítě může vést až ke vzniku schizofrenie. Oproti tomu kůň je neutrální, dává pouze jednu zpětnou vazbu, čímž učí jedince se orientovat v sobě i v okolním světě, respektovat hranice vlastní i cizí. Kůň dává klientovi najevo nevhodnost určitých podnětů, které musí být respektovány. Stejně tak klient se musí řídit radami terapeuta, jak se ke koni chovat, čímž se otvírá terapeutický vztah. (Hollý, Hornáček, 2005)

Kůň je stádovým zvířetem, které může za určitých podmínek s člověkem komunikovat. Člověk komunikuje přibližně ze 7% verbálně, 38% komunikátu je

odvozováno z tónu hlasu a celých 55% ze signálů řeči těla. Většina informací je tedy předávána složitým systémem gestikulací, držení těla, mimiky, paralingvistiky apod. Většina částí neverbálních signálů není řízena vůlí a vyjadřuje skutečné rozpoložení člověka. Z toho vyplývá, že při komunikaci v hiporehabilitaci se jedná o sociální učení, které je přenositelné na komunikaci mezilidskou. Kůň bývá někdy označován jako „koterapeut“, díky tomu že vyžaduje řád, urovnané vztahy, jednoznačnou komunikaci a zároveň nabízí pomoc postiženému jedinci. To vše vede k vytvoření potřebných seberegulačních mechanismů a přiměřeného sebehodnocení. (Rynešová, 2011)

Výhodou hiporehabilitace je volnější prostředí, než je tomu například u skupinové psychoterapie na oddělení. Díky tomu se klienti otevřeněji projevují, což podporuje dynamiku terapeutického procesu a otvírá prostor pro intervence směřující k formování kladných stránek osobnosti. Rovněž otevřenější prostředí stimuluje jedince podat větší výkon. Mnohdy se jedná o nějakou specifickou dovednost, kterou chtějí zvládnout i ostatní členové skupiny. Z hlediska sociálního učení nápodobou, může být osvojování si modelového chování vztažené i k terapeutovi v závislosti na motivaci a vztahu k nabízeným činnostem. Zájem klienta může být zpočátku jen potřebou vyplnit svůj volný čas, u někoho však může přerůst v dlouhodobější zájem, což pozitivně stimuluje, vede k duševní rovnováze a navazování sociálních kontaktů. (Rynešová, 2011)

Standardy AVK rozdělují obecné cíle na rozvoj sociálních schopností a dovedností, snížení rizika sociálního vyloučení, rozvoj psychické kondice, zlepšení zdraví a fyzické kondice, usnadnění edukačních procesů, pozitivní a smysluplné trávení volného času. (Česká hiporehabilitační společnost, 2011)

2.4 Oblasti působení AVK a PPK

Hiporehabilitace nikdy neovlivňuje pouze jednu složku osobnosti. Příkladem může být svalové a tělesné uvolnění, které inhibuje kromě patologických pohybových vzorů i potlačující mechanismy. Rovněž u chronicky nemocných klientů dochází k zpomalení duševní i tělesné činnosti, přičemž tělesná aktivita stimuluje duševní a symptomy mohou slábnout. Návaznost fyzické stimulace na stimulaci psychickou platí i naopak, například pokud podnětná myšlenka vybízí k akci a to jak ve smyslu aktivity fyzické tak prosociální. Tento komplexní pohled zcela respektuje biopsychosociální model onemocnění.

(Rynešová, 2011) I přes úzkou propojenost působení hiporehabilitace na více složek osobnosti, jsem se pokusil oblasti stimulace v následujících podkapitolách od sebe oddělit.

2.4.1 Motivace

V počínajícím dialogu klienta s koněm je téměř vždy patrný strach klienta, který se mísí s respektem před majestátným a přes půl tuny vážícím zvířetem. Pokud je navázaný dialog v pořádku, dostaví se silné emotivní pocity, a jak člověk začíná psychologicky profitovat ze vzájemného vztahu s koněm, tak dochází pomalu k ústupu strachu, který nahrazuje obliba až láska, přičemž zůstává respekt a opatrnost. Jedná se o silný motivační faktor, který umožňuje přiblížení se terapeuta ke klientovi a rovněž klientovi umožňuje lépe zvládat fyzickou náročnost terapie. Motivace stimuluje seberegulaci a volní jednání nutné k dokončení každé činnosti. (Hollý, Hornáček, 2005; Hepnerová, 2011)

2.4.2 Senzomotorika

Působení hiporehabilitace na fyzickou složku probíhá na bázi proprioreceptivní neuromuskulární facilitace. Kůň vysílá třidimenzionální pohybové impulsy, kterým se člověk musí přizpůsobit kvůli dynamické rovnováze. Při vzájemném hledání rovnováhy jezdce a koně dochází také k aktivaci senzomotoriky skrze taktilní, sluchové a zrakové vnímání. Díky celé řadě podnětů z různých zdrojů (svaly, kůže, šlachy, smyslové orgány apod.) dochází k aktivaci nepoužívaných neuronů a zlepšení v oblasti volní motoriky a senzomotorické koordinace. Senzomotorika ovlivňuje také formování psychických procesů. Mechanické působení ze strany koně zde nabývá psychologický rozměr. Hollý a Hornáček (2005, s. 124) vysvětlují vznik sebeuvědomění jako „*spolupůsobení složky taktilní, proprioreceptivní a balanční*“. Vzájemnou kombinací těchto složek dochází k dílčím atributům sebeuvědomění, kterými jsou dosažení rovnováhy, zlepšení fyzické kondice a koordinace, smysl pro rytmus, propojení duševního a tělesného uvolnění. (Hollý, Hornáček, 2005)

2.4.3 Sebehodnocení

Jízda na koni odvádí pozornost od problémů a může vést k uvolnění napětí a zábran. Na místo toho se u klienta dostavuje pocit, že umí ovládat takto velké zvíře, což vede k nárůstu přiměřeného sebehodnocení, které je korigováno zpětnou vazbou koně. Nové fyzické zkušenosti jako být nesen, posazen vysoko, uvolněný a spojený s koněm, nabývají psychický rozměr. Kůň je spontánní a hravý, symbolizuje tedy to, co jsme od dětství ztratili a tím nám vrací radost, duševně nás posiluje. Vyvolává pocity jako strach, obdiv, lásku, respekt, které mohly být potlačované, ale u koně je již nelze ignorovat. (Hollý, Hornáček, 2005)

Zlepšení sebehodnocení je nejčastěji uváděným výsledkem studií zaměřujících se na psychosociální účinky hiporehabilitace. (Cawley et al., 1994, Kaiser et al., 2004, citováni podle Osborne, Selby, 2010; Viridine et al., 2002, Bizubet, 2003, Trotter et al., 2008, citováni podle Burgon, 2011; aj.)

2.4.4 Kognitivní výkon

Adaptace na nové situace zvyšuje kapacitu mozku a jeho kognitivní výkon. *„Vnímání, pozornost, paměť a exekutivní funkce jsou zaměřeny na jevy nesystematické povahy, takže se aktivují okruhy, které při běžné teoretické výuce zůstávají v pozadí“* (Rynešová, 2011, s. 62). Rynešová (2011, s. 63) dále uvádí, že *„možnosti kognitivní stimulace jsou omezené, protože většinou probíhají skrze zrakovou a sluchovou percepci. Programy jsou většinou zaměřené na paměť, pozornost a další kognitivní funkce, ale většinou opomíjejí schopnost řešení problémů a další schopnosti dominantní právě v řešení teoretických úloh“*. Oproti tomu EAGALA, jedna z největších organizací v oboru, jejíž některé hiporehabilitační programy se zaměřují od vzdělávání dětí s výukovými problémy až po vzdělávání manažerů, definuje, že základem těchto programů je přesvědčení, že klienti dosáhnou pro sebe nejlepšího řešení, když jim je dána příležitost jej objevit. Spíše tedy než pokyny kam směřovat, jsou klienti uváděni do situací, kde je jim umožněno experimentovat, řešit problémy, riskovat, využít kreativitu a najít své vlastní řešení. (EAGALA, 2010) Z výše uvedené citace Rynešové je zřejmé, že právě oblasti jako řešení problémů a větší orientace na tělo jako celek ve spojitosti s vnímáním a pamětí pravděpodobně budou trendem v dalším směřování hiporehabilitace v ČR.

Díky nutnosti udržet pozornost a vyřešit danou situaci, je z jednotlivých druhů paměti nejvíce stimulována pracovní paměť. V prostředí stájí je paměť stimulována potřebou zapamatovat si jména koní, hipologické pojmy a postupy, jezdeckou dráhu, pomůcky apod. Při práci s koněm dochází k přirozené stimulaci pozornosti. V případě ztráty pozornosti dává kůň klientovi korektivní zpětnou vazbu, která má větší význam než korekce terapeutem. Tímto dochází k vytvoření paměťových stop, které je rovněž podporováno stimulací limbického systému. (Rynešová, 2011)

Nejčastější strategií stimulace kognitivních funkcí je vykonávání běžných, rutinních činností neobvyklým způsobem, čímž je aktivováno více mozkových oblastí, které musí integrovat a zpracovávat nové situace a informace. Obdobným způsobem je stimulován i rozvoj kreativity. V rámci výchovně vzdělávacích technik je nejčastěji realizován kognitivní trénink a nácvik pravolevé orientace, která se při jízdě na koni efektivněji osvojuje. Ve venkovních prostranstvích či v jízdárně je možné realizovat rozličné soutěže, cvičit na koních, používat různé pomůcky apod. (Tilešová, 2009; Rynešová, 2011)

2.4.5 Empatie

Zvíře na sebe dokáže upoutat pozornost, zahájit vztah a vytvořit důvěru, která je základem terapeutického procesu. Terapie pomocí zvířat je ideálním způsobem tvorby empatie. Nebbe (citovaný podle Ewing, MacDonald, Taylor, Bowers, 2007, s. 60) uvádí, že *„děti vnímají zvířata jako vrstevníky, kteří je učí, že být empatickými se zvířaty je snazší než s lidmi“*. Mnoho studií (Bryant, 1985; Poresky, 1996; aj.) již prokázalo pozitivní korelaci mezi staráním se o zvíře a nárůstem empatie.

2.4.6 Emoční prožívání

Základem hiporehabilitace je stimulace prožívání, která se uskutečňuje především v rovině emoční a senzorické. Emoce stimulují tvořivé sebevyjádření, přičemž umělecké vyjádření pak zpětně slouží k zintenzivnění prožitků, a tím k jejich porozumění. Klienti mohou sami dle svých nápadů a zážitků tvořit nebo vymýšlet nápady pro společnou činnost (překážkové dráhy, inovace v ježdění apod.), což ještě více povzbuzuje zájem o prostředí a terapii. Pozitivní emoční prožívání je důležité hlavně v prvních lekcích

hiporehabilitačního programu, protože působí motivačně a snadněji se vyvolává v dalších lekcích. Vedení klientů k intenzivnějšímu prožívání a introspekci je základem jejich porozumění běžným životním situacím. (Rynešová, 2011) Existují různé techniky zaměřené na prožívání, ze kterých Rynešová (2008, s. 39) uvádí jako příklad „*obětí koně ze země nebo ze sedla, leh na záď zády nebo čelem*“.

Z hlediska sociálního kontaktu je zajímavé, že naruší-li intimní zónu člověka jiný člověk, dochází většinou k nepříjemnému pocitu, naruší-li tuto zónu dítě nebo zvíře, dochází většinou k vyvolání pozitivních emocí. Přičemž kůň dobře rozeznává emoční rozpoložení člověka a jeho přízeň mu opětuje. U dětí je kůň snadněji vnímán jako partner, se kterým se rádi vracejí do spokojeného dětství. (Rynešová, 2008)

Někteří autoři rozlišují pojem pocitu a emoce, kdy citlivost koně může vést jedince ke koordinaci jeho pocitů s emocemi. Tento fakt opět úzce souvisí se sebeuvědoměním, které je základem hiporehabilitace. (Lentini, Knox, 2009)

Často uváděným výsledkem hiporehabilitace je stabilizace emotivity u úzkostných a depresivních poruch. (Ewing, MacDonald, Taylor, Bowers, 2007; Lentini, Knox, 2009; Frame, 2006 citovaná podle Osborne, Selby, 2010; aj.) Důvodem k tomu je, že při jízdě na koni a především při ovládání koně pomocí zřetelných signálů dochází k odstranění potlačujících mechanismů, které vedou k tělesnému a duševnímu zpomalení klientů. (Ewing, MacDonald, Taylor, Bowers, 2007) V případě neurotických onemocnění se přidává ještě řada technik jako jízda na koni se zavázanýma očima, relaxační techniky na hřbetě koně apod. (Rynešová, 2011) Rynešová (2011, s. 56) upozorňuje, že tento postup, kdy „*úzkostní a depresivní klienti se musí naučit dávat koni zřetelné signály, platí i u dětí hypoaktivních, u hyperaktivních je tomu přesně naopak*“.

2.4.7 Sociální dovednosti

Komunikace koně a člověka probíhá nonverbálně, včetně metakomunikačních signálů. Jedná se o komunikaci, která je z hlediska ontogeneticky starších částí mozku člověku vlastní. Uskutečňuje se cestou optického, akustického, olfaktorického a taktilního systému komunikace. Ve shodě s etologií koně bude člověk s koněm komunikovat nejprve audiovizuálně (jako koně ve stádu), čímž se mu otevře možnost vstoupit do interindividuální zóny koně. V této zóně je již používána komunikace olfaktoricko-taktilní, která umožňuje přiblížit se nejcitlivější intimní zóně koně. Na všech těchto úrovních komunikace může docházet k chybám a misinterpretacím řeči těla. Ve střetu

individuality koně a klienta leží schopnost komunikace s lidmi založená na zodpovědnosti, přizpůsobení se komunikaci druhého, schopnosti naslouchat, jednat asertivně a přiměřeně. V mezilidské komunikaci člověk navíc zastává určité role, ty však kůň nerespektuje a vrací klienta zpět ke komunikačnímu jádru. (Hollý, Hornáček, 2005; Lentini, Knox, 2009) V podstatě se tedy jedná o výcvik efektivní komunikace a reedukaci chování.

Důležitou metodou hiporehabilitace je spolupráce ve skupině. Při práci s koněm se inhibují vzájemné antipatie, takže při starání se o koně, při výskoku na koně, vedení koně apod., jsou klienti úmyslně uváděni do situací, v nichž musí spolupracovat, aby zvládli zadaný úkol. Vzájemná spolupráce je vede k nutnosti důvěřovat si, jednat zodpovědně a empaticky. Klienti jsou vedeni ke správné komunikaci a asertivitě při řešení konfliktu klient-klient, klient-kůň apod. Zpětná vazba neprobíhá pouze od koně, ale i od skupiny a terapeuta. Sociální posilování se rovněž provádí formou odměny a trestu. Hlavní odměnou je spolupracující kůň a chválící terapeut, hlavním trestem je opak předešlých. Jako odměna může být například samostatné vedení koně, jako trest vyloučení z hodiny apod. (Rynešová, 2011)

Některé studie hovoří o budování osobní odolnosti, což je schopnost překonávat problémy a dále se rozvíjet navzdory vystavení rizikovým faktorům sociálního prostředí. Cílovou skupinou tohoto přístupu jsou klienti označovaní jako „at risk“, u kterých je hiporehabilitace úspěšně realizována při práci s násilným a delikventním chováním, depresivními a úzkostnými poruchami, poruchami stravování nebo pokud jsou oběti zneužívání a traumat. (Ewing, MacDonald, Taylor, Bowers, 2007)

2.5 Metody AVK a PPK

Jak již bylo zmíněno v předešlých kapitolách, AVK a PPK jsou od roku 2011 dva samostatné obory hiporehabilitace, které se pozvolna vymezují vůči původnímu oboru léčebného pedagogicko-psychologického ježdění. Jejich metody se tedy stále prolínají a díky nevyhraněnosti cílové skupiny pro AVK zatím nejsou prováděny odděleně a jejich efekty se vzájemně potencují.

V následujících dvou podkapitolách můžeme vidět, že metody AVK a PPK nejsou v dostupné literatuře dostatečně popsány a především systematicky klasifikovány. Proto jsou následující podkapitoly snahou o zevrubné nastínění jejich charakteristiky, především

pak metod AVK, protože metody PPK zůstávají často pouze na úrovni principů definovaných v předešlých kapitolách.

2.5.1 Metody AVK

AVK je výchovně-vzdělávací metoda, která dosahuje svých učebních a výchovných výsledků především díky silnému emočnímu zážitku a mnohdy se podobá zážitkové pedagogice.

Hepnerová (2011, s. 8) dělí výchovně-vzdělávací metody na:

- *„metodu motivační: Každá lekce využívá impozantnosti koně jako motivační faktor. Kuň upoutává pozornost a aktivizuje. Na nepřiměřené chování reaguje nezaujatě. Pedagog klientovi pomáhá a radí.*
- *metodu expoziční: Může mít formu verbální i neverbální. Používanými prostředky jsou filmy, názorné instruktáže toho co se bude dělat, prohlížení knih, čtení článků apod.*
- *metodu fixační: Vědomosti a dovednosti nabyté v terénu jsou upevňovány pomocí her, soutěží, testů, křížovek, kreslení obrázků apod.*
- *metody diagnostické a klasifikační: V každé další lekci si klienti ústně či písemně zopakují, co se během programu naučili. Aktivita může být bodována, body se sčítají a na konci programu jsou udělovány odměny s koňskou tematikou (pohlednice aj.) pro vítěze.“*

2.5.2 Metody PPK

Jelikož je cílová skupina pro PPK velmi různorodá, neexistuje tudíž jednotná metodika. Postup terapie je založen na teoretických znalostech, praktických zkušenostech a kreativním přístupu terapeutického týmu. Tato základní báze je modulována pro potřeby každého jednotlivého klienta, který na terapii přichází s individuálními potřebami dle své diagnózy. Terapeuti provádějí průběžnou diagnostiku a postupují na základě vymezených oblastí podpory, které jsou součástí „žádanky“ od ošetřujícího lékaře klienta a na jejímž základě mají sestaven „Individuální terapeutický plán“ s dílčími a celkovými cíli. Obecně by se dalo říci, že PPK je poměrně mladou disciplínou a její platnost je čistě v rukou terapeutického týmu. Pokud by její metody byly použity špatně nebo ve špatném kontextu,

pozbyla by své platnosti. Jako analogický příklad lze uvést malování v arteterapii, drama v dramaterapii apod. (Hollý, Hornáček, 2005; Rynešová, 2011)

V současné době ČHS pracuje na standardech PPK. Zatím nám k základní orientaci v pravidlech pro provádění psychoterapeutického ježdění může pomoci Rynešová (2011, s. 116), která je dělí na: „*seznámení se s pravidly o bezpečnosti, pravidlo oslovování – klientům vykáme a oslovujeme je křestními jmény, pravidlo trpělivosti – individuálně opakuje pokyny, dle duševního onemocnění, pravidlo přiměřenosti – úkoly, které klient zvládne, pravidlo posloupnosti – zvládání postupných kroků a pravidlo nepodceňování strachu – přes silný strach nepostupovat*“.

2.6 Indikace, kontraindikace a struktura lekce AVK a PPK

PPK a AVK ve státních zdravotnických zařízeních **indikuje** lékař, většinou psychiatr. V nestátních organizacích je na druhou stranu zapotřebí vyjádření lékaře doplnit zprávou psychologa nebo speciálního pedagoga. Indikace PPK a AVK však není limitována žádnou psychiatrickou diagnózou ani věkem. **Kontraindikací** se chápou akutní stádia duševních onemocnění a nepřekonatelný strach z koně. Mezi kontraindikace rovněž patří akutní a subakutní stádia tělesných onemocnění, alergické reakce na srst, těžké onemocnění srdečního aparátu, velmi vysoký krevní tlak, zvýšená lomivost kostí, vážné deformity páteře, nepohyblivé kyčelní klouby. (Mašková, 2013)

Jedna **lekce terapeutického programu** by měla trvat v rozmezí 1,5 až 2 hodiny při frekvenci 1x až 2x týdně, přičemž počet klientů se pohybuje v rozmezí 4 až 6 osob. Obecně za nejvíce důležitou část bývá považována první a poslední lekce programu, zpravidla jich bývá minimálně šest. Lekci obvykle vedou dva terapeuti a někdy je přítomen jeden asistent (většinou zdravotník z oddělení odkud klienti dochází). Každý klient, který přichází na první lekci hiporehabilitace, si sebou nese individuální plán, což je doporučení ošetřujícího lékaře, v němž jsou vytyčeny terapeutické cíle, na které je potřeba se zaměřit. Do individuálních plánů dále terapeuti zaznamenávají vlastní průběh a hodnocení účinků hiporehabilitace. (Česká hiporehabilitační společnost, 2012)

V první lekci se klienti a terapeuti vzájemně seznámí, poté terapeuti představí klientům novou terapeutickou situaci a náplň lekce. Následuje poučení o pravidlech bezpečnosti. Dalším krokem je již samotný animoterapeutický úvod, který má motivační charakter a je při něm možné využít i jiná zvířata (psy, kočky apod.), nejvhodnější jsou

však zvířata podobná stavbou těla koním, například osel, minikoníci apod. Úvodní lekce může probíhat dle možností střediska i bez jiných zvířat a orientovat se spíše na adaptaci na koně. Smyslem animoterapeutického úvodu je poznání klienta. Díky adaptaci jsou klienti otevřenější, spontánnější a pozornější. Libé pocity jsou důležité z důvodu motivace k dalším návštěvám hipocentra, negativní pocity mohou být problémem z hlediska krátké adaptační doby. (Velemínský et al., 2007)

Terapeut postupuje nedirektivně, vřele a poskytuje podporu. Klienti mohou ze začátku koně jen pohladit, dát mu pamlsek apod. Pokud terapii sami ukončí, není to profesní selhání terapeuta, ale přirozený proces výběru aktivit. V případě výkyvů zdravotního stavu můžou klienti docházet i nepravidelně. (Hollý, Hornáček, 2005)

Další lekce zpravidla začínají úvodním sezením, na němž si klienti sdělí své prožitky od předešlé lekce a jsou informováni o náplni aktuální lekce. Poté se odeberou do stáje, kde probíhá čištění koní, tzv. kontaktní terapie, může se ale jednat i o čištění stájí apod. Dále obvykle následuje jízda na koních, při níž se klienti zpravidla střídají u jednoho koně po dvojicích. V prostorách jízdárny se provádí základy voltizního cvičení, překážkové dráhy, základy ovládání koně a různé hry dle oblasti stimulace. Důležité je všechny klienty zaměstnat, ti co nejezdí, vedou koně nebo připravují pomůcky, mohou například házet míčky do sedla nebo jinak spolupracovat s jedoucím kolegou. V terénu se provádí především kognitivní trénink formou her (pozorování a počítání přírodnin, slovní hry s koňskou tematikou apod.) nebo **relaxační cvičení** využívající rytmické střídání napětí a uvolnění. Některá hiporehabilitační centra provádějí relaxaci na bázi autogenního tréninku na hřbetě koně s rozdílem v tom, že pozornost člověka není zaměřena pouze sama na sebe, ale také na taktilní, tepelné a pohybové vnímání koně. Jedná se o rozvíjející se obor nazvaný hiporelaxace. Terapeut vede koně a předříkává relaxační text zaměřený na teplo, imaginaci apod. (Rynešová, 2011)

Na závěr lekce klienti odvedou koně do stáje, odsedlají ho, oduzdí ho, rozloučí se s ním a dají mu nějaký pamlsek. Úplný závěr lekce probíhá formou skupiny. Klienti hodnotí průběh lekce, hovoří o svých pocitech, co se jim povedlo, co by na sobě ocenili nebo naopak, co by chtěli změnit, co se jim nelíbilo, čeho se báli apod. Dále mohou být probírány modelové situace komunikačních konfliktů, které se odehrály, hledání alternativních řešení a jejich nácvik. Závěrečné skupiny jsou rovněž metodicky zaměřené na zintenzivnění a prodloužení pozitivního prožívání. (Tilešová, 2009; Hepnerová, 2011)

Při předposlední lekci jsou klienti dotázáni, jak by chtěli strávit poslední lekci. Upřednostňuje se přání většiny, ostatní se obvykle rádi přizpůsobí. Po závěrečném

zhodnocení poslední lekce klienti ohodnotí přínos celého programu. Terapeuti se s klienty rozloučí a dají jim drobný dárek s koňskou tematikou (například pohlednice s koňmi hipocentra apod.). (Rynešová, 2011)

2.7 Terapeutický tým

ČHS ve svých standardech stanoví minimální rámec personálního zajištění hipocentra, který tvoří garantující lékař nebo klinický psycholog, hlavní terapeut a cvičitel koní pro hiporehabilitaci. Hlavní terapeut či terapeut by měl mít minimálně středoškolské vzdělání a absolvovaný kurz léčebného pedagogicko-psychologického ježdění, který je akreditovaný v rámci celoživotního vzdělávání na Pedagogické fakultě Masarykovy univerzity. (Mašková, 2013)

3 Téma využití hiporehabilitace u dětí s poruchami chování a ADHD v literatuře

V literatuře se můžeme běžně setkat s popisem předpokládaných mechanismů účinku hiporehabilitačních metod na léčbu poruch chování a ADHD. Neum (citovaný podle Rynešové, 2008, s. 25) dodává k hiporehabilitačním metodám, že: *„Cvičebními úkony při práci s koněm se kompenzují deficity, které stojí v popředí chování klienta. Nově vzniklé struktury chování jsou stabilizovány a vytvářejí další nové. Jde o komplexní trénink chování.“*

Základní faktory jako respektování jiných živočišných druhů, péče o ně a chápání jejich sdělení jsou součástí posilování empatie, na kterou se klade zvláštní zřetel u poruch chování. Klient musí získat v sociálním poli koně postavení pasivního vůdce, aby mohl být koněm respektován. Tato dovednost rovněž nevyhnutelně vede ke korekci poruch chování a ADHD. Samotná skutečnost, že klient je schopen ovládat takto velké zvíře, mu dává určitý pocit moci a exkluzivity, která může kompenzovat odmítavý postoj společnosti. Kůň se chová vůči člověku zdrženlivě, nepodbízí se mu, ale současně si nenechá vše líbit a na nepřiměřené podněty reaguje obraně. Většinou na nekázeň kůň reaguje zvýšeným neklidem, což okamžitě vyvolá strach a následně opatrnost u každého jezdce, aniž by však došlo k nepřiměřené reakci koně vedoucí k poranění jezdce. Tato reaktivita koně je zdrojem korektivní zkušenosti, která reguluje chování klienta a jeho afektivitu. Klient tak začíná respektovat autoritu svého koně. K dodržení těchto pravidel je však nezbytné se řídit radami terapeuta, což je základem rehabilitace poruch chování. Na sebeovládání a pozornost má vliv fakt, že pokud chceme mít vládu nad koněm, musíme ji mít nejprve nad sebou. (Hollý, Hornáček, 2005; Tilešová, 2009) Casková (citovaná podle Pipeková, Vítková, 2001, s. 145) k poruchám chování u dětí dodává, že *„velmi citlivě vnímají, kdy nejsou okolím plně akceptovány, kdy jsou zesměšňovány, nebo jsou na ně kladeny příliš velké nároky. Často mívají silný pocit nejistoty, strachu, který potom kompenzují agresivitou, nebo resignací a změnou svého postoje k okolí. Při pedagogickém ježdění kůň přejímá roli vychovatele zcela mimovolně a přirozeně, přičemž děti tuto autoritu akceptují.“*

Obecně se má za to, že jedinci s ADHD se lépe uplatňují v dynamických povoláních, a jelikož hiporehabilitace je terapií dynamickou, je pro ně jednou z nejvhodnějších. Hollý a Hornáček ve své knize *Hipoterapie* (2005, s. 164) tento jev

definují tak: „jako by platilo pravidlo – když okolí stojí, musím se hýbat já. Když se okolí pohybuje, já mohu zůstat klidný“. Zkušenost s hyperaktivními dětmi významně poukazuje na fakt, že jejich realizaci pomáhá měnit se prostředí, například při jízdě na koni na rozdíl od statické školní třídy. (Hollý, Hornáček, 2005)

Urmanová (2008) v rámci své bakalářské práce, s názvem *Možnosti využití hiporehabilitace u dětí a dospívajících s poruchami chování a syndromem ADHD*, použila metodu dotazníků, které rozeslala terapeutům hiporehabilitačních středisek. Dotazník zjišťoval názory terapeutů na přínos hiporehabilitace pro klienty s poruchami chování a ADHD. Výsledky dotazníku byly konfrontovány se čtyřmi kazuistikami vytvořenými na základě pozorování. Výsledkem práce bylo potvrzení přínosu hiporehabilitace pro klienty s ADHD a poruchami chování. Ve shodě s autorkou se též domnívám, že pozorování bylo velmi krátkodobé a nedostatečně reflektovalo účinky hiporehabilitace ve vztahu ke specifickým požadavkům klientů. Ke konkrétnějším výsledkům dospěla Hepnerová (2011) ve své bakalářské práci, s názvem *Hiporehabilitace a děti s ADHD z pohledu sociálního pedagoga*, ve které v rámci pěti kazuistik potvrdila zlepšení ve spolupráci a respektování autorit, což výrazně přesahuje diagnózu ADHD směrem k poruchám chování.

Pravděpodobně nejvýznamnější projekt realizovaný na Slovensku Tilešovou (2009) potvrdil významný vliv hiporehabilitace na poruchy chování. U všech probandů došlo k úpravě sebevědomí, zlepšení sebekontroly, sebeporozumění a empatie. Zároveň k tomu autorka dodává, „že studie, které poukazují na menší úspěšnost kognitivně-behaviorálních technik u dětí s poruchami chování, překonáváme eklektickým přístupem a uplatňováním technik v přirozeném prostředí v činnosti“ (Tilešová, 2009, s. 41).

Veselá (citovaná podle Pipekové, Vítková, 2001, s. 138) působící jako psycholožka v hiporehabilitačním týmu PIAFY, uvádí, že „klienti si lépe vštěpují mechanická data a lépe si je uchovávají. Je proto možné si při ježdění upevňovat některé části učiva. Velký efekt je možné zaznamenat zejména u klientů s dominancí audio-motorických vjemů“. Rovněž uvádí, že zaměření pozornosti na motoriku svého těla vede ke zvýšení její koncentrace a prodloužení tenacity. Je zřejmé, že přenášení pozornosti od vlastního těla na okolí a pokyny terapeuta zlepšuje oscilaci pozornosti.

V rámci diplomové práce, *Vliv hiporehabilitace na bio-psycho-sociální složku u zdravotně znevýhodněných dětí v souvislosti ovlivnění školní úspěšnosti* (Drozdková, 2012), autorka rozeslala dotazník 40 rodičům (návratnost činila 90%) dětí zapojených v hiporehabilitačním programu. Všichni rodiče označili své děti po absolvování

hiporehabilitace za šťastnější a většina rodičů potvrdila, že se jejich děti více těší do školy. Zajímavé bylo, že některé specifické psycho-sociální položky byly ve výsledcích rozloženy velmi bipolárně. Stejně tak tomu bylo i u výzkumu *The effects of Equine-Assisted Therapy in improving the psychosocial functioning of children with autism* (Memishevskij, Hodzhikj, 2010), kde autoři poznamenávají, že je důležité správně interpretovat počáteční úroveň dětí, se kterou do terapie vstupují, protože se to vždy projeví na výsledcích terapie. Domnívám se, že efekt při opakování či prodloužení terapie by mohl mít exponenciální nárůst. Tuto domněnku je však nutné ověřit dalším výzkumem.

Lentini a Knox (2009) ve své přehledové studii poukazují na mnoho studií, které prokázaly signifikantní zlepšení v oblasti sebedůvěry, snížení deprese a pocitů izolace. Rovněž odkazují ke studiím, které prokázaly snížení agresivity v rámci rehabilitačních programů. (Kaiser, Smith, 2006, MacDonald, 2007, citováni podle Lentini, Knox, 2009; Kaiser et al., 2004, 2006, Mackinnon et al., 1995, citováni podle Osborne, Selby, 2010)

Cuypers, Ridder a Strandheim (2010) realizovali pilotní výzkum hiporehabilitace u pěti dětí s ADHD. Jako výzkumnou metodu zvolili kvazi-experiment se dvěma pretesty a se dvěma posttesty před a po osmítýdenním hiporehabilitačním programem. Výsledkem bylo zlepšení všech dětí ve všech sledovaných oblastech, kterými byly chování, kvalita života a hyperaktivita. K podobným výsledkům dospěl i Tetreault (2006) ve své studii s názvem *Horses that heal: The effectiveness of Equine Assisted Growth and Learning on the behavior of students diagnosed with Emotional Disorder*. Studie byla realizována pod záštitou mezinárodní organizace EAGALA, která je pravděpodobně největší mezinárodní organizací zabývající se EAL (Equine Assisted Learning) a EAP (Equine Assisted Psychotherapy), sdružující 3500 organizací v 41 státech. V rámci studie byl využit pretest a posttest dotazující se učitelů na změny v chování u 10 žáků. Výsledek byl jednoznačně pozitivní. V rámci studie však nebyly blíže popsány metody programu, který zapříčinil jednoznačné zlepšení problémů probandů.

I přes množství studií týkajících se psychosociálních výsledků hiporehabilitačních metod, je v závěru kapitoly zapotřebí zmínit výstižně pojmenovanou studii Bachi (2012) s názvem *Equine-Facilitated Psychotherapy: The Gap between Practice and Knowledge*, v níž autor konstatuje, že hiporehabilitace je rychle se rozšiřující obor, přesto však teoretické znalosti jsou nedostačující, respektive nejsou dostatečně podloženy výzkumem. Tento poznatek koresponduje i s některými informacemi, které jsem uvedl v předchozí části práce. Jedná se o určité principy, na kterých se autoři všeobecně shodují, avšak díky

nedostatečnému podložení výzkumem nejsou zcela metodologicky uchopitelné a mnohdy zůstávají v rovině hypotéz.

4 Výzkumná část

4.1 Středisko hiporehabilitace Pirueta

Středisko Pirueta bylo založeno v roce 2001 v Psychiatrické nemocnici Havlíčkův Brod, v jejímž rámci působí, přijímá však také ambulantní klienty převážně s kombinovaným postižením. Středisko je zčásti financováno psychiatrickou nemocnicí a částečně Nadačním fondem pro hiporehabilitaci, který byl při psychiatrické nemocnici k tomuto účelu zřízen již v roce 1998. Středisko Pirueta je významným členem České hiporehabilitační společnosti a od roku 2006 je jejím školicím střediskem v oblasti praktického výcviku hiporehabilitace. Středisko má k dispozici stáje, venkovní i krytou jízďárnu, pastevní výběhy, nastupovací rampu, zázemí pro klienty a plně kvalifikovaný hiporehabilitační tým. Od roku 2004 existuje při středisku Pirueta také Jezdecký klub Pirueta, který je občanským sdružením a členem České jezdecké federace, České unie sportu a Českého svazu chovatelů koní. (Středisko hiporehabilitace Pirueta, 2013)

Středisko Pirueta při svých začátcích čerpalo ze zkušeností MUDr. Frantlové a pana Kopeckého z Luže-Košumberk, ale i ze stáží v dalších hipocentrech. Odborným garantem střediska Pirueta je MUDr. Mašková, která je současně zřizovatelkou Nadačního fondu pro hiporehabilitaci. Tento fond společně s psychiatrickou nemocnicí pořádá každoročně poslední středu v měsíci srpnu benefiční den s pestrým programem pro veřejnost, kde prezentuje hiporehabilitaci, canisterapii, arteterapii, psychiatrii, ale i své sponzory. (Středisko hiporehabilitace Pirueta, 2013)

Sdružení Pirueta se zaměřuje svou činností hlavně na AVK a PPK a na jejich profesionální rozvoj. Lekce AVK, PPK a hipoterapii poskytuje jako součást komplexní psychiatrické péče v Psychiatrické nemocnici Havlíčkův Brod. Hiporehabilitační tým tvoří vedoucí lékařka MUDr. Mašková, hlavní terapeutka paní Kuchtová, terapeutka a cvičitelka koní Ing. Škardová, terapeutka Ing. Mrštinová a terapeutka Mgr. Hepnerová.

4.2 Cíle a výzkumné metody

Cílem výzkumu bylo ověřit míru efektivity hiporehabilitačního programu na zmírnění jednotlivých symptomů poruch chování a ADHD. V rámci výzkumu mi bylo umožněno vystupovat před probandy jako praktikant hipocentra, abych mohl využít

metodu zúčastněného pozorování a co nejméně je ovlivňoval svou přítomností. Společně s pěti probandy jsem tak absolvoval 6 lekcí, tedy jeden třítydenní ucelený hiporehabilitační program. Na konci každé lekce jsem zaznamenal jednotlivé projevy chování a dialogy klientů, které společně s informacemi ze zdravotnické dokumentace tvoří jednotlivé kazuistiky klientů.

Kazuistika neboli případová studie se snaží oproti kvantitativnímu výzkumu shromáždit větší množství dat o několika málo jedincích. Výsledkem kazuistik by měl být hlubší vhled do zkoumané reality, což umožňuje lépe porozumět podobným případům. Domnívám se, že z hlediska zkoumání terapeutického programu je pozorování dílčích změn v rehabilitaci klientů nejvhodnější metodou. Mezi hlavní nevýhody ale patří potíže se zobecnitelností na populaci a potíže s prokazováním příčinných souvislostí. (Hendl, 2005)

Před započítím hiporehabilitačního programu jsem teoreticky vymezil jednotlivé symptomy obou diagnóz (pozornost, organizace činnosti, spolupráce, respektování autorit, hyperaktivita, impulzivita, zodpovědnost, asertivita, školní výkon, agresivita, vzdorovitost, porušování pravidel, empatie, provokování, emoce) tak, aby kromě funkce pozorovatelných kategorií tvořily jednotlivé položky verbálně-numerické posuzovací škály (viz. Příloha), která je doplňující technikou výzkumu. Posuzovací škála byla zadána vyučujícím probandů dvakrát, jednou před započítím hiporehabilitačního programu a po druhé po skončení hiporehabilitačního programu. Přičemž při druhém administrování zůstala posuzovací škála nezměněná, pouze byla doplněna o možnost vyjádřit se k účinkům hiporehabilitačního programu a k možným intervenujícím vlivům. Smyslem posuzovacích škál bylo získat ucelenější informace o probandech na základě vstupní a výstupní diagnostiky z pohledu třídního učitele.

Posuzovací škály jsou základní technikou ratingové metody a umožňují posouzení jinak neměřitelných jevů (vlastnosti apod.). Jedná se tedy o metodu na rozhraní kvalitativního a kvantitativního výzkumu, kdy ke kvalitativnímu jevu posuzovatel přiřazuje kvantitativní hodnotu. Hlavní nevýhodou posuzovacích škál je možné zkreslení na základě subjektivního posouzení daného jevu. (Pelikán, 2007) Ratingovou metodu jsem zvolil především kvůli vstupní a výstupní diagnostice probandů. Informace získané na základě porovnání obou posuzovacích škál převážně potvrzovaly pozorované projevy klientů a především dotvářely komplexnost kazuistik. Hendl (2005, s. 149) uvádí, že „*triangulace, tedy kombinace výzkumných metod a technik, zvyšuje validitu výsledků výzkumu*“.

4.3 Výběr a charakteristika probandů

Skupinu probandů tvořilo pět klientů hospitalizovaných na dětském oddělení Psychiatrické nemocnice Havlíčkův Brod. Jejich výběr byl náhodný, odvislý od data nástupu na dětské oddělení, kde byli hospitalizováni přibližně tři týdny před započatím hiporehabilitačního programu. Dva klienti byli ve věku 12 a 15 let a měli diagnostikovanou poruchu chování, další dva klienti byli mladší ve věku 8 a 10 let s diagnostikovanou hyperkinetickou poruchou chování a jedna klientka ve věku 16 let s diagnózou jiné smíšené poruchy chování a emocí. Z důvodu ochrany osobních údajů jsou jména pozměněná.

Jelikož součástí dětského oddělení je základní, základní praktická a základní speciální škola, rozhodl jsem se posuzovací škálu zadat učitelkám klientů, pouze u nejstarší klientky jsem zadal posuzovací škálu zdravotní sestře, která ji má v individuální péči, jelikož dívka nenavštěvuje školu v psychiatrické nemocnici.

4.4 Kazuistiky

Petr

Věk: 12 let

Diagnóza: socializovaná porucha chování, abusus marihuany, kouření

Osobní anamnéza:

Petr je prvorozený, porod proběhl bez komplikací, jako novorozenec byl ve fyziologické normě. Psychomotorický vývoj a vývoj řeči u něj probíhal rovněž bez problémů. Ve čtyřech letech nastoupil do MŠ, kde se adaptoval rychle, načež na ZŠ nastoupil bez odkladu. Nyní je žákem 7. třídy. V 6. třídě měl na vysvědčení 6 čtyřek, z chování jedničku, ale měl ředitelskou důtku za neplnění povinností. Petr se často usmívá, cítí se prý dobře, pokud se však po něm něco chce, bývá vulgární. Všechny koníčky vždy zanechal. Kamarádí se se staršími chlapci, kteří jej naučili kouřit cigarety a marihuanu. V posledním roce došlo u Petra k zhoršení chování, kdy matce kradl cigarety a peníze, několikrát se opil. Matku a jejího přítele nerespektuje, nadává jim, domů se nevrací včas, lže, babičce je schopen i dát facku nebo ji kopnout. Pravděpodobně marihuanu i prodává.

Policie ho vyšetřovala kvůli křivé výpovědi ohledně dealera ve věku 19 let. Dvakrát utekl z domova a byl hledán policií. V rámci útěků byl tři dny za školou.

Rodinná anamnéza:

Petrova matka je povoláním prodavačka, bez zdravotních komplikací. Za Petrova otce nebyla provdána a kvůli jeho alkoholismu se s ním rozešla. Otec nyní propadá gamblerství a se synem se nestýká. Petrova sestra se narodila v roce 2008 matce a jejímu novému příteli, ten s nimi ale již také nežije. Sestra nemá výchovné, ani zdravotní problémy a nyní chodí do MŠ.

Rodiče biologického otce byli vícekrát soudně trestáni a byli adoptovaní. Jejich syn, Petrův strýc se léčil na psychiatrii kvůli agresivitě, již Petr často přihlížel, například když jeho matku škrtil šňůrou od telefonu.

Průběh hospitalizace:

Na doporučení ambulantního psychiatra byl Petr přijat k diagnostickému pobytu do PN Havlíčkův Brod, kde mu byla diagnostikována socializovaná porucha chování. Na oddělení problémy s chováním neměl. Do terapeutického plánu mu byl zařazen komunitní léčebně výchovný režim, individuální a skupinová psychoterapie, pracovní terapie, muzikoterapie, canisterapie, arteterapie a hiporehabilitace. Cíle hiporehabilitačního programu se měly soustředit na snížení úzkosti a nejistoty, větší identifikaci s rolí dítěte a respektování autorit.

Průběh lekcí hiporehabilitačního programu

1. lekce: Při vzájemném představení klientů se dvěma terapeutkami byl Petr tichý, mluvil až delší dobu po vyzvání, působil nejistě, málo navazoval oční kontakt. S koňmi neměl žádnou dřívější zkušenost, bál se a nechtěl se zúčastnit. Terapeutky představily program, sdělily organizační informace ohledně programu a chování u koní. Venku terapeutky postupně přiváděly koně a podávaly o nich základní informace. Klienti si měli každého koně pohladit. Petr se bál, ale jako první se odhodlal se koně dotknout. Koní bylo celkem devět a u každého dalšího terapeutky zkoušely klienty, co si zapamatovali o předchozích (například Alan je o dva roky starší než Opera, kolik je mu let?). Při závěrečné reflexi kdy byli klienti dotazováni, se kterými koňmi by chtěli pracovat, Petr sdělil, že ho nejvíce

zaujala klisna Opera. Výsledkem lekce bylo u Petra částečné vytvoření vnitřní motivace reprezentované pomalým odklonem od strachu k obdivu.

2. lekce: Lekce začala opět uvítáním v technickém zázemí. Petr se prý docela těšil, budil dojem spokojenosti, byl však stále velmi tichý a jeho odpovědi byly strohé. Terapeutky poskytly výklad o verbální a neverbální komunikaci u koní, pustily klientům k tomu krátké video, odkazovaly na komunikaci mezilidskou (důvěra apod.). Následoval nácvik ovládání koně ze země. Petrovi byla přidělena jím vybraná klisna Opera, kontakt s koněm navázal dobře, bavilo ho to, choval se více otevřeně k terapeutkám, více navazoval oční kontakt, byl soustředěnější, dával pozor na postavení svého těla a dobře odečítal reakce koně. Na závěr proběhla soutěž, kde klienti přiřazovali k jménům koní základní informace. Petr si informace z minulé lekce dobře vybavoval. Výsledkem lekce bylo, že Petr již měl plně vytvořenou vnitřní motivaci, dobře zvládnutou neverbální komunikaci, vytvořený respekt k autoritě koně a navázaný terapeutický vztah s terapeutkami.

3. lekce: Petr se nezúčastnil, byl doma na propustce.

4. lekce: Setkání v jízdárně začalo přivítáním s koňmi. Petr se těšil. Terapeutky předvedly ovládání koně ve volnosti. Petr nevěděl jak začít, byl nejistý, pohledem vyhledával podporu od terapeutky, verbálně si o pomoc dokázal říci až po delší době. Po podpoře terapeutkou se mu podařilo koně rozpohybovat a dále se cítil již uvolněnější. Při závěrečné reflexi sděloval, že se bál, že ho Opera neposlechne a nevěděl, jak požádat o radu. Měl radost, že se mu podařilo situaci zvládnout, že se naučil vytrvat a postupně přidávat tlak na koně. Petr byl otevřenější, říkal, že není zvyklý dělat věci sám, že mu často někdo pomáhá. Výsledkem lekce bylo, že se Petr otevřel terapeutkám, částečně se naučil dokončit určitou činnost a dosáhl větší sebejistoty.

5. lekce: Po přivítání následovaly organizační informace, opakování, jak se uzdí koně, jak se nazývají a k čemu slouží jednotlivé části uzdění. Petr se těšil, věděl, že bude jezdit. Komunikoval již otevřeně s větší jistotou. Ve stáji si Petr nauzdil svého koně. Byl rád, že mu pomohla druhá klientka Jana, jelikož se uzdění ve 3. lekci nezúčastnil. Všichni si vzájemně pochvalovali spolupráci. Petr jezdil na lonži, lano držela terapeutka. Vyzkoušel si různé cviky na koni, pravo-levou orientaci. Poté klienti odvedli koně do stájí, oduzdili je a nakrmili. Při závěrečné reflexi Petr mluvil otevřeně a chválil ostatní klienty. Říkal, že si

dělal doma vše podle sebe a rodiče měli pocit, že je neposlušný. V návaznosti na to konstatoval, že se nechává snadno strhnout vrstevníky ke všemu možnému. Na dotaz jak chce strávit poslední lekci, odpověděl, že by si chtěl hrát s poníky. Výsledkem lekce bylo, že Petr dobře spolupracoval, částečně si uvědomil vliv vrstevníků na své problémy a dosáhl větší sebejistoty.

6. lekce: Petr v úvodu odpovídal, že se má dobře, těšil se, a že je škoda už budou končit. V jízdárně se přivítali s poníky, zkusili si jednoho provést, následovaly soutěže na čas jako slalom, navigace poníka ke kouskům chleba na zemi a prolézání poníka obručí. Petr v závěru říkal, že mu to pomáhá k odreagování od myšlenek. Na závěr dostali pohlednice s koňmi sdružení Pirueta. Petr byl až plačtivý, že už končí. Říkal, že jeho strýc, se kterým se moc nestýká, má koně, a že by ho rád začal navštěvovat a pomáhat mu. Výsledkem lekce bylo naplnění jednoho z Petrových cílů programu, kterým byla větší identifikace s rolí dítěte. Projevilo se to v jeho smutku, že program končí, ale i v tom, že se bavil a povzbuzoval ostatní. V aktivitách s poníky byla u Petra již viditelná dostačující sebejistota. Rovněž se u Petra projevil zájem o smysluplné trávení volného času s možným navázáním dalších sociálních vztahů.

Jirka

Věk: 15 let

Diagnóza: lehká mentální retardace s poruchou chování, bipolárně afektivní porucha, neorganická enuréza a tiková porucha blíže nespecifikovaná

Osobní anamnéza:

Jirkovu osobní a rodinnou anamnézu registruji až od jeho příchodu do dětského domova (dále DD). Anamnézy byly tvořeny lékaři převážně z rozhovoru s vychovatelkami a informace o předchozím stavu Jirky nejsou součástí jeho chorobopisu a jsou problematicky dostupné.

Po příchodu do DD špatně mluvil, hodně pojmů neznal a celkově jeho stav poukazoval na výrazně insuficientní výchovu v rodině. V té době ubližoval zvířatům a choval se destruktivně. V roce 2010 byl hospitalizován v PN Šternberk kvůli tikovým poruchám. Následně v roce 2011 byl pro osahávání dětí přemístěn do dětského

diagnostického ústavu v Hradci Králové a poté umístěn do dětského domova se školou v Kostelci nad Orlicí, odkud se po roce vrátil zpět do DD. Nyní navštěvuje 7. třídu ZŠS, kde jednou propadl. Ještě minulý rok bylo jeho chování ve škole bezproblémové, avšak v tomto roce již naprosto nespolupracoval, byl vulgární a agresivní. U činností, které dříve pečlivě vykonával (keramika apod.), nyní nevydrží a je roztěkaný s výkyvy nálad. Situace se zhoršila na konci letních prázdnin. Od té doby se nechtěl umývat, dbát na sebe, dvakrát se pomočil, utíkal z DD, onanoval na veřejnosti, špatně spal, brzo se budil a byl výrazně agresivní vůči ostatním dětem. V okolí DD chodil k cizím lidem domů, odkud nechtěl odejít.

Rodinná anamnéza:

Od roku 2006 bydlí v DD, předtím s rodiči v Pardubicích. V DD má dva mladší bratry, jeden bez problémů, druhý s podobnými problémy jako Jirka. Nejmladší bratr jezdí do hostitelské rodiny, což Jirka těžce nese. Rodiče chlapců spolu nežijí a o děti nejeví zájem. Otcovo místo pobytu není známé a matku děti viděly naposledy před sedmi lety u soudu kvůli umístění v DD.

Průběh hospitalizace:

Na doporučení ambulantního psychiatra byl přijat k prvnímu pobytu do PN Havlíčkův Brod, kde mu byla diagnostikována porucha chování při lehké mentální retardaci, bipolárně afektivní porucha (dále BAP), neorganická enuréza a tiková porucha blíže nespecifikovaná. Porucha chování byla definována jako depresivní reakce na tíživou sociální situaci s touhou po vlastní rodině, je zde však i návaznost na BAP. Rovněž i Jirkova emotivita je v návaznosti na BAP nestabilní a rychle se mění. Chová se výrazně impulzivně s nízkou frustrační tolerancí. Na oddělení měl problémy se sexualizovaným chováním a fyzickou agresí vůči ostatním klientům. Do terapeutického plánu mu byl zařazen komunitní léčebně výchovný režim, individuální a skupinová psychoterapie, pracovní terapie, muzikoterapie, canisterapie, arteterapie a hiporehabilitace. Cíle hiporehabilitačního programu se měly zaměřit na naplnění potřeby blízkého vztahu, respektování autorit a ovlivnění konfliktního jednání.

Průběh lekcí hiporehabilitačního programu

1. lekce: Při vzájemném představení klientů se dvěma terapeutkami mluvil Jirka spontánně a mnohdy odpovídal za ostatní. Snažil se ostatní bavit, ti se mu však spíše posmívali. S koňmi neměl žádnou dřívější zkušenost, bál se a nechtěl se zúčastnit programu. Terapeutky představily program, sdělily organizační informace programu a chování se u koní. Venku terapeutky postupně přiváděly koně a podávaly o nich základní informace. Klienti si měli každého koně pohladit. Jirka se bál, ale jako druhý se odhodlal koně pohladit. Při dotazování na zapamatované informace o koních byly Jirkovy odpovědi všechny špatné. U závěrečné reflexe, kdy si klienti měli vybrat koně, Jirka sdělil, že ho nejvíce zaujala klisna Opera. Výsledkem lekce bylo u Jirky částečné vytvoření vnitřní motivace reprezentované pomalým odklonem od strachu k obdivu.

2. lekce: Lekce začala opět uvítáním v technickém zázemí. Jirka se prý těšil, jeho nálada byla nadnesená, opět spontánně hovořil, snažil se dělat vtipy. Na dotazy terapeutek odpovídal s delšími latencemi. Následoval nácvik ovládnutí koně ze země. Jirkovi byla přidělena jím vybraná klisna Opera, se kterou měl problémy navázat kontakt. Jirka byl najednou tichý a nejistý, dalo se na něm pozorovat, že mu dělá problémy koordinovat svou činnost a ovládat své chování. Na závěr proběhla soutěž, kde klienti přiřazovali k jménům koní základní informace, s čímž měl Jirka nejvýraznější problémy. U koní se mu však líbilo. Výsledkem lekce bylo, že Jirka dostal od koně zpětnou vazbu na své chování a možná si i osvojil správný postup, jak své chování koordinovat. Následkem toho došlo v závěru lekce k stabilizaci Jirkovy emotivity.

3. lekce: Po uvítání byl Jirkův verbální projev již soustředěnější a méně narušoval vzájemnou komunikaci s terapeutkami. Říkal, že se těšil, jen projevil obavu, že mu kůň může šlápnout na nohu. Při čištění koní Jirka hřebelcoval koně nesoustředěně a plácal ho hřebenem po jednom místě. Terapeutka ho napomenula, ale on na to nereagoval. Následně se kůň zavrtěl, Jirka ztuhnul a začal se k němu chovat opatrně. Poté bylo vidět, že Jirka se snaží více vnímat pocity koně. Po očištění následovala jízda na koních, při níž byl Jirka velmi spokojen. Při závěrečné reflexi říkal, že se mu lekce moc líbila a choval se mnohem klidněji. Výsledkem lekce byl Jirkův nárůst zájmu o koně, jeho vnitřní motivace byla

dokončena a více respektoval autoritu koně. Jirka byl soustředěnější se stabilnější emotivitou.

4. lekce: Setkání v jízdárně začalo přivítáním s koňmi. Jirka se těšil. Terapeutky předvedly ovládání koně ve volnosti. Jirkovi se však koně nedařilo ovládat, kůň za ním chodil a pobízel ho šťoucháním hlavou do ruky. Jirka nevěděl, co má dělat, nedokázal požádat o pomoc a chtěl to vzdát, ale nakonec se mu podařilo s podporou terapeutky koně rozpohybovat. Při závěrečné reflexi hovořil o svém strachu, že ho kůň neposlechne, a o svých problémech s dokončováním činností. Jirkovi se lekce líbila, i když byl značně vyveden z míry po zatěžkávací zkušenosti. Za výsledek lekce lze považovat Jirkovo částečné osvojení si dokončování určitých činností. Rovněž se naučil asertivnějšímu způsobu jednání kompenzující jeho deficit v sociální interakci.

5. lekce: Jelikož Jirka věděl, že bude jezdit na koni, na tuto lekci se těšil. Společně s ostatními klienty se odebrali do stájí k uzdění koní, což činilo Jirkovi nejvýraznější obtíže. V této lekci byl Jirka viditelněji psychomotoricky pomalejší. Zdravotní sestra, která se s dětmi účastnila programu jako doprovod, mi sdělila, že Jirkovi pozměnili medikaci, tudíž je více utlumen léky. Při cvicích na koních se terapeutka snažila udržovat Jirkovu pozornost upozorňováním na různé objekty v dohledu, neboť měla strach, aby z koně nespadl, protože se příliš vychyloval ze sedla. Poté klienti odvedli koně do stájí, oduzdili je a nakrmili. Na otázku, co by chtěl dělat v poslední lekci, odpověděl, že by si chtěl hrát s poníky. Výsledky této lekce nebyly zcela zřejmé kvůli Jirkovu utlumení léky, přesto u něj byl zřetelnější větší zájem o koně a jeho jednání bylo celkově opatrnější.

6. lekce: Jirka v úvodu odpovídal, že se má dobře a na poníky se těšil. Při soutěžení měl Jirka s prováděním poníka výraznější obtíže, bál se, ale nedokázal určit původ strachu. Opět mu snížili medikaci a psychomotoricky byl již ve stejné kondici jako v předminulé lekci. Jirka si pochvaloval, že se mohl zúčastnit programu, a že by v budoucnu chtěl jezdit na koni. Výsledkem lekce bylo, že jeho chování ve skupině bylo oproti prvním lekcím mnohem více společenské, choval se méně impulzivně, i když se dobře bavil.

Jakub

Věk: 8 let

Diagnóza: hyperkinetická porucha chování

Osobní anamnéza:

Jakub se narodil bez komplikací, jeho další psychomotorický a řečový vývoj byl v normě. Krátce po porodu měla jeho matka autonehodu, takže od 4. do 6. měsíce pobýval v kojeneckém ústavu. Od pěti let navštěvoval MŠ a na ZŠ nastoupil bez odkladu, jeho přístup k učení a chování se však začal pomalu zhoršovat. Nyní navštěvuje 3. ročník. V 2. ročníku již fyzicky napadal ostatní děti, na domluvu nedbal a vysmíval se paní ředitelce. Z těchto důvodů byl hospitalizován v PN Havlíčkův Brod. Po skončení hospitalizace bylo jeho chování ve škole již bez problémů, hrozilo mu ale propadnutí ze dvou předmětů. Jakub se měl o prázdninách učit, což však nedělal a naopak se jeho chování celkově zhoršilo. Matku a jejího přítele přestal poslouchat, bral jim peníze a kupoval si za ně cigarety. Začal se toulat, krást, ničil zaparkovaná auta a ubližoval jiným dětem. Matka čelila výtkám sousedů kvůli rozbitým autům, proto zakázala Jakubovi chodit ven. Jakub na to reagoval křikem, že ho matka týrá, následně brečel a prosil matku, že chce zpátky na psychiatrii. Nakonec po dohodě s ambulantním psychiatrem byl Jakub před koncem letních prázdnin opět přijat na psychiatrii.

Rodinná anamnéza:

Matka žila s Jakubovým otcem pouze několik týdnů. V průběhu těhotenství se seznámila s mužem, který se nechal do Jakubova rodného listu zapsat jako otec. Když bylo Jakubovi půl roku, matka se s adoptivním otcem rozešla kvůli jeho problémům s alkoholem. Poté si našla nového přítele, se kterým měla dceru. Matka s přítelem však havarovali v autě. Přítel nehodu nepřežil a ona byla delší dobu hospitalizovaná v nemocnici a v rehabilitačním zařízení. Během její hospitalizace byly děti v DD, a potom u sestry matky. Nyní má matka nového přítele, se kterým již 6 měsíců bydlí. Společně jich tedy žije v domácnosti pět – Jakub, jeho mladší sestra, matka, její přítel a její kamarádka. Matka je vyučená v oboru zemědělství, v současnosti pracuje jako uklízečka. Podle ředitelky ZŠ matka Jakuba zanedbává. Matčin přítel pracuje jako zedník. Jakubova sestra, matka i její přítel jsou zdraví.

Průběh hospitalizace:

Jakubova porucha chování byla definována jako navazující na hyperkinetický syndrom a na insuficientní výchovu v rodině. Při přijetí spolupracoval, byl upovídaný a veselý, protože se těšil na oddělení. Konkrétně se prý těšil na povídání, ale nechtěl mluvit o tom, co bylo doma. V průběhu hospitalizace byl výrazně hyperaktivní a impulzivní, hrál si spíše sám, ale vyhledával pozornost dospělých. Byla mu snížena medikace, poté u něj následovaly fyzické konflikty, byl urážlivý, vzteklý, přecházel do dysfórie a opozice. Po opětovném navýšení sertralinu u něj došlo k zvýšení frustrační tolerance, zlepšení chování, ale stále byl mírně v opozici. Do terapeutického plánu mu byl zařazen komunitní léčebně výchovný režim, individuální a skupinová psychoterapie, canisterapie, arteterapie, pracovní terapie a hiporehabilitace. Cíle hiporehabilitačního programu se měly zaměřit na ovlivnění agresivity, impulzivity a nejistoty.

Průběh lekcí hiporehabilitačního programu

1. lekce: Při vzájemném představení klientů se dvěma terapeutkami mluvil Jakub spíše na vyzvání, málo navazoval oční kontakt a byly u něj patrné drobné mimovolní pohyby. Méně spontánní komunikace u něj byla pravděpodobně zapříčiněná novou situací, v níž se ocitl, a také tím, že ve skupině byl nejmladší. S koňmi neměl žádnou dřívější zkušenost, bál se. U prvního kontaktu se Jakub bál koně pohladit, ale nakonec se odvážil. Při zkoušení zapamatovaných informací o koních většinou neodpovídal, pokud ostatní klienti odpověděli špatně, snažil se je opravit, ne vždy však správně. Při závěrečné reflexi, kdy byli klienti dotazováni, se kterými koňmi by chtěli pracovat, Jakub sdělil, že ho nejvíce zaujala klisna Sorika. Výsledkem lekce bylo, že u Jakuba došlo k částečnému vytvoření vnitřní motivace, reprezentované pomalým odklonem od strachu k obdivu.

2. lekce: Jakub budil dojem spokojenosti. V rámci skupiny komunikoval mnohem výrazněji, mnohdy spontánně bez vyzvání. Jeho odpovědi byly vcelku pohotové, ne vždy však zcela adekvátní k tématu, snažil se skupinu spíše bavit. Jakubovi byla pro nácvik ovládání ze země přidělena jím vybraná klisna Sorika, se kterou měl problémy navázat kontakt. Jakub byl nejistý a vystrašený, následně se rozčílil a chtěl odejít. Terapeutka ho přesvědčila, že to zvládne a s její pomocí se mu nakonec podařilo koně rozpohybovat. Dále již pohyb koně ovládal sám. Závěrečnou znalostní soutěž Jakub zvládnul přiměřeně.

Výsledkem lekce bylo, že se Jakubovi u koní líbilo a byl již vnitřně motivován, také měl radost, že i přes počáteční nesnáze situaci zvládnul a byl sebejistější. Rovněž se i zlepšila jeho komunikace s terapeutkami.

3. lekce: Jakub se prý těšil, chtěl jezdit na koni. Jeho verbální projev byl již soustředěnější a odpovědi byly adekvátnější k tématu. Jakub se bál čistit koně a bylo vidět, že mu koordinování svého chování dělá určité problémy. Některé úkony se snažil vynechat, jiné dělal opakovaně nebo špatně. Díky strachu a respektu ke koni, bylo jeho chování spíše opatrné, takže kůň na něj reagoval klidně. Po očištění následovala jízda na koních, při níž byl Jakub velmi spokojen. Při závěrečné reflexi říkal, že se mu lekce moc líbila. Výsledkem lekce bylo, že Jakub se začal více zajímat o pocity koně a jeho jednání bylo více soustředěné.

4. lekce: Terapeutky předvedly ovládání koně ve volnosti. Jakubovi se nedařilo ovládat koně, choval se nejistě a kůň mu nevěnoval pozornost. Jakub se naštval a z ohrady v jízdárně odešel i přesto, že se na tuto lekci těšil. Terapeutka ho zastavila a přesvědčila ho, že to s její pomocí zvládne. Jakubovi se s pomocí terapeutky na konec podařilo koně rozpohybovat a dále již pokračoval sám. Při závěrečné reflexi sděloval, že se bál, že udělá něco špatně a koni se to nebude líbit. Jakubovi se lekce líbila. Výsledkem lekce bylo, že Jakub překonal dílčí krizi a činnost dokončil, v závěru již budil mnohem sebejistější dojem.

5. lekce: Po přivítání následovaly organizační informace, opakování, jak se uzdí koně, jak se nazývají a k čemu slouží jednotlivé části uzdění. Jakub se těšil, věděl, že bude jezdit na koni. Společně se odebrali do stájí. Jakub s Martinem si společně nauzdili svého koně. U uzdění se několikrát pohádali, na napomenutí terapeutky, že se u koní mají chovat tiše, příliš nereagovali. Poté, co začal kůň reagovat zvýšeným neklidem, již chlapci spolupracovali velmi dobře. Vyzkoušeli si různé cviky na koni a pravo-levou orientaci, se kterou měl Jakub určité potíže. Pravo-levá orientace spočívala ve vykonávání pokynů typu – dej pravou ruku na levé koleno apod. Tyto cviky jsou na koni více efektivní než na zemi, protože jedinec je soustředěnější. Jakub však zcela soustředěný nebyl a možná se zde projevila dřívejší nevyhraněnost lateralit. Jakubovi se lekce líbila a říkal, že byl rád, že se jim spolupráce s Martinem zdařila. Na otázku, co by chtěl dělat v poslední lekci,

odpověděl, že by si chtěl hrát s poníky. Výsledkem lekce bylo opětovné ujištění o autoritě koně a osvojení si vzájemné spolupráce v kolektivu.

6. lekce: Jakub v úvodu odpovídal, že se má dobře a na poníky se těšil. Neměl s ovládáním poníka výraznější potíže. Budil spokojený dojem a povzbuzoval ostatní. Byl smutný, že program již končí. Výsledkem lekce bylo, že Jakub dosáhl větší sebejistoty, protože lekci zvládnul lépe než starší děti. Přesto se choval méně impulzivně než v prvních lekcích a ostatním klientům se snažil pomáhat.

Martin

Věk: 10 let

Diagnóza: hyperkinetická porucha chování

Osobní anamnéza:

Martinův porod proběhl bez komplikací, jako novorozenec byl ve fyziologické normě. Řečový a psychomotorický vývoj u něj probíhal rovněž bez problémů. Vyrůstal s rodiči a sourozenci v bytě v bývalé škole. Podle vyjádření matky se u něj začaly projevovat nápadnosti v chování (hádky a konflikty) už když chodil do MŠ. Na ZŠ nastoupil bez odkladu. Nyní navštěvuje 4. ročník ZŠ, kde nemá problémy s docházkou, ani s prospěchem. Martinovo chování se však výrazně zhoršilo v návaznosti na sociální situaci rodiny. Martin byl se svými sourozenci před dvěma roky umístěn v DD. V té době již bylo jeho chování výrazně problémové, začal ostatní děti fyzicky napadat. Před přijetím k hospitalizaci utekl se svým bratrem z DD, ještě ten den se vrátili, ale za trest se nesměl koukat na televizi. To v něm vzbudilo agresi, vyhrožoval vychovatelce, že jí zabije a vše rozbije. Dva dny na to se popral s jiným chlapcem, chtěl mu zarazit propisku do zad a chtěl použít i nůž, následně na to rozbil židli a chtěl skočit z okna. Vychovatelka zavolala rychlou záchrannou službu, která ho odvezla do PN Havlíčkův Brod.

Rodinná anamnéza:

Martin má pět sourozenců. Dva starší bratry, kteří mají rovněž hyperkinetický syndrom a kvůli lehkému mentálnímu postižení navštěvují základní školu praktickou. Dále má o rok mladšího bratra a dvě mladší sestry. Všichni mladší sourozenci jsou

zdravotně v pořádku a navštěvují ZŠ a MŠ. Otec má pouze základní vzdělání a matka je vyučená v oboru zemědělství. Před narozením Martinovy nejmladší sestry Gabriely se rodiče rozvedli kvůli otcovu alkoholismu. Otec si však děti vzal k sobě, protože mu firma, u níž pracoval, nabídla byt. Z firmy byl po čase propuštěn a o byt přišel. Otec bydlel s dětmi v azylovém domě, pak z něj odešel a děti umístil do DD. Matka žije pouze s nejmladší dcerou, chtěla by ostatní děti zpět, pravidelně se s nimi stýká, ale zatím nemá dostatečné prostředky na vhodné bydlení. Otec o děti také jeví zájem a s matkou se již domluvili, že by si každý vzal tři děti, přičemž Martin by zůstal u otce.

Průběh hospitalizace:

Martin byl na psychiatrii přijat s diagnózou akutní stresová reakce. Po přijetí mu byla stanovena diagnóza hyperkinetické poruchy chování s návazností na vztahy v rodině (dysfunkční rodina, problémy otce s alkoholem, nedůsledná výchova). Na oddělení si hrál spíše sám, když mu nebylo vyhověno, byl agresivní. Výrazná u něj byla stálá touha po pozornosti dospělých. Byl plně orientovaný s bohatou slovní zásobou, ale s dyslalickou řečí (ž, l). Do terapeutického plánu mu byl zařazen komunitní léčebně výchovný režim, individuální a skupinová psychoterapie, canisterapie, logopedie, pracovní terapie, muzikoterapie a hiporehabilitace. Cíle hiporehabilitačního programu byly zaměřeny na ovlivnění agresivity, impulzivity a nejistoty.

Průběh lekcí hiporehabilitačního programu

1. lekce: Při vzájemném představení klientů se dvěma terapeutkami mluvil Martin často spontánně bez vyzvání, málo udržoval oční kontakt a ve slovním projevu se občas zadrhával. S koňmi neměl žádnou dřívější zkušenost a trochu se bál. Při venkovním seznamování s koňmi si klienti měli každého koně pohladit. Martin se bál výrazně méně než ostatní klienti a koně si bez obtíží pohladil. Koní je celkem devět, takže u každého dalšího terapeutky zkoušely klienty, co si zapamatovali o předchozích. Martinovy odpovědi, na základě porovnání informací o koních, byly většinou správně. Při závěrečné reflexi, kdy byli klienti dotazováni, se kterými koňmi by chtěli pracovat, Martin sdělil, že ho nejvíce zaujala klisna Sorika. Martinovy emoce byly obtížně čitelné, jeho chování

neopatrné a impulzivní. Výsledkem lekce bylo pouze částečné vytvoření Martinovy vnitřní motivace.

2. lekce: Martin se prý docela těšil. Jeho nálada byla však proti minulé lekci výrazně povznesená, hovořil ještě více spontánně, ale na dotazy terapeutek odpovídal spíše stroze. Martinovi byla přidělena na nácvik ovládání jím vybraná klisna Sorika. Stejně jako ostatním dětem se mu nedařilo rozpohybovat koně, začal jednat více impulzivně a neopatrně. Terapeutka ho musela usměrnit a instruovat ho k správnému provádění potřebných úkonů. Na závěr proběhla soutěž, kde klienti přiřazovali k jménům koní základní informace, což Martin zvládnul dostatečně. Martinovi se u koní sice líbilo, ale při zacházení s koněm výrazně podceňoval bezpečnost, přeceňoval své schopnosti a jednal výrazně impulzivně. Výsledkem lekce bylo, že Martin částečně dokázal zkoordinovat své chování.

3. lekce: Po uvítání v technickém zázemí byl Martinův verbální projev již soustředěnější a méně narušoval vzájemnou komunikaci s terapeutkami. Rovněž Martinova nálada byla méně povznesená. Říkal, že se těšil a chtěl by jezdit na koni. Na rozdíl od ostatních neprojevil žádnou obavu. Při hřebelcování koně většinou jednal správně. Občas se však choval impulzivněji, na což kůň reagoval zvýšeným neklidem. Martin se následně zklidnil a jeho další spolupráce s koněm již byla v pořádku. Po očištění následovala jízda na koních, při níž byl Martin velmi spokojen. Při závěrečné reflexi říkal, že se mu lekce moc líbila. Výsledkem lekce bylo, že Martin začal více vnímat pocity koně, byl vnitřně motivován, jeho chování bylo opatrnější, méně impulzivní a jeho emotivita stabilnější.

4. lekce: Na čtvrtou lekci, jejíž náplní bylo ovládání koně ve volnosti, se Martin se těšil. Martinovi se ale koně nedařilo ovládat, začal se opět rychle a neopatrně kolem koně pohybovat. Terapeutka ho napomenula a ukázala mu správný postup. Poté co se Martinovi podařilo koně rozpohybovat, se již choval uvolněně a soustředěněji. Při závěrečné reflexi sděloval, že i přes instrukce terapeutek někdy neví jak začít, na což reaguje zvýšeným neklidem. Martinovi se lekce líbila, byl rád, že se dokázal uvolnit a na své chování se více soustředit. Výsledkem lekce bylo, že se Martin více otevřel terapeutkám a dosáhl větší jistoty.

5. lekce: Martin přišel s dobrou náladou, protože věděl, že bude jezdit na koni. Všichni se společně se odebrali do stájí. Martin s Jakubem si nauzdili svého koně. U uzdění se několikrát pohádali, na což kůň začal reagovat zvýšeným neklidem. Díky tomu se chlapci uklidnili a začali dobře spolupracovat. Klienti jezdili na lonži, lano držela terapeutka. Na otázku, co by chtěl dělat v poslední lekci, Martin odpověděl, že by si chtěl hrát s poníky. Výsledkem lekce bylo, že byl v závěru lekce méně impulzivní a více soustředěný. Jeho chování ke koni bylo opatrnější a vnímavější. Rovněž u něj došlo ke zlepšení spolupráce s Jakubem.

6. lekce: Martin v úvodu odpovídal, že se má dobře a na poníky se těšil. Martin se choval více soustředěně, hry s poníky zvládal dobře a jeho chování bylo opatrnější. Byl smutný, že program končí a žádal terapeutky, jestli by nemohl chodit i na další programy. Výsledkem lekce bylo, že Martinovo chování bylo v závislosti k narůstajícímu zájmu o koně a větší sebedůvěře soustředěnější, méně impulzivní se stabilnější emotivitou.

Jana

Věk: 16 let

Diagnóza: jiné smíšené poruchy chování a emocí

Osobní anamnéza:

Jana je prvorozená s normálním průběhem porodu. Matka měla v 8. měsíci těhotenství epileptický záchvat, protože přestala užívat antiepileptika. Následný psychomotorický a řečový vývoj dítěte probíhal bez komplikací. Ve třech letech nastoupila do MŠ, kde se rychle adaptovala. ZŠ vystudovala bez problémů a z chování měla vždy jedničky. Nyní studuje 2. ročník obchodní akademie, prospěch je dostatečný a nemá neomluvené hodiny. Trápí se svým nižším vzrůstem, je tichá, opakovaně držela diety a pije alkohol. Před čtyřmi roky se začala sebepoškozovat ze strachu, že je v bytě zemřelý manžel matky. Zjistilo se, že manžel matky ji od 8 do 11 let sexuálně obtěžoval a jejího bratra fyzicky týral. V posledních dvou letech se Jana dostává do stavu, kdy začne rychle dýchat, během chvíle upadne na zem, svíjí se a má prý křeče. Farmakoterapie na ní neúčinkuje. Při hyperventilaci zkoušela používat igelitový pytlík, to jí ale také nepomohlo. Sebevražedné myšlenky nemá. Občas se u ní objevují méně výrazné sluchové a zrakové

halucinace. Podle matky již byla situace neúnosná, často k nim domů a do školy jezdila rychlá záchranná služba.

Rodinná anamnéza:

Matka s otcem nebyli oddáni a žili spolu pouze krátce. Otec byl odsouzen na 9 let k výkonu trestu. Povoláním byl číšník, ale údajně si hledal jiné způsoby obživy a odsouzen byl za krádeže. Matka trpí epilepsií a pracuje jako dělnice. Provádala se za muže, se kterým má syna s hyperkinetickým syndromem. Po osmi letech soužití nevlastí otec Jany spáchal sebevraždu. Nynější přítel matky mívá občas záchvaty vzteku, ale dětem neubližuje. Jana se ho však bojí.

Průběh hospitalizace:

Na psychiatrii byla přijata na doporučení ambulantního psychiatra. Smíšená porucha chování a emocí u ní byla diagnostikována jako následek traumatu z dětství s možnou vazbou na asociální osobnost otce. Jana se jevila osobnostně nezralá, nestabilní s hysteriískými rysy. Na oddělení o svých problémech mluvit nechtěla, pouze o svém strachu ze záchvatů, hluku, písemek ve škole a uzavřených prostor. Na oddělení spolupracovala dobře. Do terapeutického plánu jí byl zařazen komunitní léčebně výchovný režim, individuální a skupinová psychoterapie, canisterapie, pracovní terapie, muzikoterapie a hiporehabilitace. Cíle hiporehabilitačního programu se měly zaměřit na ovlivnění subdepresivního ladění v rámci disharmonického vývoje osobnosti, záchvatů úzkosti s hyperventilací a nejistoty z toho, co si o ní myslí ostatní.

Průběh lekcí hiporehabilitačního programu

1. lekce: Při vzájemném představení klientů se dvěma terapeutkami byla Jana tichá, mluvila stroze a pouze na vyzvání. Na koni jezdila prý ve třech letech, ale málem spadla a teď má strach. Po přivedení koní se je Jana bála pohlédnout, bála se, že se mu to nebude líbit. Koně si obvykle pohládala jako poslední. Jana často odpovídala na otázky o koních a její odpovědi byly vždy správně. Při závěrečné reflexi, kdy byli klienti dotazováni, se kterými koňmi by chtěli pracovat, Jana sdělila, že ji nejvíce zaujala klisna Opera. Janino prožívání bylo zřetelně úzkostné. Výsledkem lekce byl začátek procesu tvorby vnitřní motivace a překonávání překážek, kterou bylo prozatím pohlazení koně.

2. lekce: Jana se netěšila, protože se bála. Opět byla velmi tichá, úzkostná se subdepresivní emotivitou. Janě byla přidělena při ovládání koně ze země klisna Opera. Jana měla strach a dávala koni málo zřetelné signály, protože si myslela, že ji kůň špatně pochopí. Na závěr proběhla soutěž, kde klienti přiřazovali k jménům koní základní informace, což Jana zvládla velmi dobře. Jana měla na konci lekce smíšené pocity, moc se jí to nelíbilo, ale byla ráda, že koně rozpohybovala. Výsledkem bylo, že Janino sebevědomí se trochu zvýšilo a zároveň se potvrdil Janin strach z toho, co si o ní ostatní myslí.

3. lekce: Při přivítání v technickém zázemí Jana sdělila, že se netěšila a nechtělo se jí přijít. Budila negativistický dojem, mluvila velmi málo. Bála se čistit koně, ale strach brzy překonala a v průběhu čištění koně vypadala, že ji to baví. Říkala, že je to jako starat se o dítě. Po očištění následovala jízda na koních, při níž se Jana začala usmívat. Byla velmi spokojená. Říkala, že si na koni připadá bezpečněji, než u koně dole na zemi. V tomto momentě se otevřela terapeutce, začala jí vyprávět o svém životě a plánech do budoucna. Při závěrečné reflexi sdělovala, že se jí lekce moc líbila. Celkově působila uvolněněji. V této lekci došlo u Jany k výraznějšímu pokroku, k prohloubení vnitřní motivace, otevřela se terapeutkám, stabilizovala se její emotivita a dosáhla větší sebejistoty.

4. lekce: Jana se vcelku těšila, ale její pocity byly ambivalentní, protože se bála. Terapeutky předvedly ovládání koně ve volnosti. Jana chtěla jít ke koni až jako poslední, že si prý vždy nechává věci až nakonec. Ovládání koně se jí nedařilo, začala hyperventilovat, držet se za břicho a třást se. V tom zasáhla terapeutka, pomohla jí koně rozpohybovat, což Janu trochu uklidnilo. Při závěrečné reflexi se ještě třásla a mluvila velmi potichu a téměř jí nebylo rozumět. Mluvila o svých psychosomatických projevech, nejvíce jí prý vadilo, že na ní všichni koukají, a podobné stavy má i ve škole před tabulí apod. Výsledkem lekce bylo, že Jana definovala své záchvaty úzkosti a při pomoci terapeutky se jí podařilo následky záchvatu částečně eliminovat. Zároveň se ukázalo, že úzkost Jany je potřeba dále překonávat navyšováním jejího sebevědomí ve smyslu sebezpečnosti.

5. lekce: Po přivítání následovaly organizační informace, opakování, jak se uzdí koně, jak se nazývají a k čemu slouží jednotlivé části uzdění. Jana měla opět ambivalentní pocity, těšila se a současně se bála. Společně se odebrali do stájí. Jana s Petrem a Jirkou si

společně nauzdili svého koně. Janin přístup k práci byl velmi aktivní, chlapcům radila, jak mají postupovat a pomáhala jim. Po nauzdění koně byla spokojená a říkala, že si to představovala obtížnější. Rovněž se dobrovolně přihlásila, že odvede koně do otevřené jízdárny. Jana jezdila na koni bez problému a usmívala se. Když viděla, že na druhém koni jezdí Martin klusem, sama řekla, že by to také chtěla zkusit. Poté klienti odvedli koně do stájí, oduzdili je a nakrmili. Janě se lekce líbila. Petr s Jirkou ji chválili za dobrou spolupráci a ona zase je, že pěkně jezdili. Na otázku, co by chtěla dělat v poslední lekci, odpověděla jako zbytek skupiny, že by si chtěla hrát s poníky. Výsledkem lekce bylo Jany částečné odstranění strachu a větší sebejistota. V této lekci již byla Jany emotivita zcela stabilizována.

6. lekce: Jana v úvodu odpovídala, že se má dobře, ale neví, jestli se těšila, protože má pořád trochu strach. Jana hry s poníky zvládla docela dobře, i když se jich trochu bála, říkal o nich, že jsou nevyzpytatelní oproti velkým koním, na které si už zvykla. V průběhu her se však bavila a povzbuzovala ostatní. Jana k přínosu programu sdělila, že si uvědomila, že se nemusí bát něco zkusit znovu, když se jí to jednou nepovede. Kdysi prý hrála na housle a chtěla by se k tomu opět vrátit, možná i začít znovu jezdit na koni. Výsledkem lekce bylo, že Jana dosáhla dostatečné sebejistoty v aktivitách s koňmi, což vedlo ke stabilizaci její emotivity a méně podléhala pocitům tlaku ze strany ostatních zúčastněných.

4.5 Analýza a interpretace dat

Jednotlivé položky posuzovacích škál jsou čtyř, pěti, sedmi a osmi stupňové, podle možnosti rozlišení daných jevů. Změna hodnocení probandů při srovnání obou posuzovacích škál je vyjádřena procentuálně, procenta s plusovou hodnotou vyjadřují zlepšení, mínusová zhoršení. Jednotlivé položky posuzovací škály jsou převedené na procentuální hodnotu, kdy každá krajní hodnota jedné škály představuje 0% (tj. bez projevů) a druhá krajní hodnota 100% (tj. maximální intenzita projevů). Tedy například u sedmi stupňové škály jsou jednotlivé stupně hodnoceny takto: 0% - 17% - 33% - 50% - 67% - 83% - 100% intenzity projevu. Procentuální hodnota je nižší a přesnější u posunu o jeden stupeň na delších škálách (sedmi a osmi bodových), jelikož posun o jeden stupeň na pěti stupňové škále odpovídá 25%, zatímco na osmi stupňové 14%. Výstupní posuzovací

škály byly ještě doplněny o dvě otevřené otázky ohledně přínosu hiporehabilitace pro klienta a možných intervenujících vlivů. Na tyto dvě otevřené otázky však nikdo neodpověděl.

Posuzovací škály vyplnily dvě učitelky, jedna vyplňovala škály Petra a Jirky, druhá vyplňovala škály Jakuba a Martina. Zdravotní sestra vyplňovala škály Jany.

Petr

Položky škál	Vstupní hodnocení	Výstupní hodnocení	Procentuální rozdíl
pozornost	4 – kolísající	2 - dobrá	+ 33%
schopnost organizovat svou činnost	3 – dostačující	2 - dobrá	+ 17%
spolupráce se spolužáky	2 – dobrá	2 - dobrá	0
respektování autorit	3 – dostačující	2 - dobrá	+ 17%
hyperaktivita	5 – slabá	6 - téměř žádná	+ 17%
impulzivita	5 – slabá	7 - žádná	+ 33%
zodpovědnost	3 – dostačující	3 - dostačující	0
asertivita	4 – kolísající	3 - dostačující	+ 17%
školní výkon	4 – kolísající	4 - kolísající	0
četnost projevů fyzického agresivního jednání	8 - bez projevů	8 - bez projevů	0
intenzita projevů fyzického agresivního jednání	4 – nulová	4 - nulová	0

četnost projevů verbálního agresivního jednání	8 - bez projevů	8 - bez projevů	0
intenzita projevů verbálního agresivního jednání	4 – nulová	4 - nulová	0
opoziční chování	4 - bez projevů	4 - bez projevů	0
porušování pravidel	5 - několikrát za měsíc	7 - méně než jednou za měsíc	+ 29%
empatie	4 – kolísající	3 - dostačující	+ 17%
provokativní chování	4 - ojediněle se vyskytující	3 - občas se vyskytující	– 25%
emoční stav	4 - mírně optimistický	4 - mírně optimistický	0

V průběhu lekcí bylo možné u Petra pozorovat dobrou spolupráci ve skupině, dobrou úroveň empatie vůči ostatním klientům i vůči koni, což koresponduje s výsledky posuzovacích škál, kde jeho spolupráce se spolužáky byla vždy dobrá a u empatie došlo ještě k mírnému zlepšení (17%). Nejvýraznějšího zlepšení (33%) dosáhl Petr v posuzovacích škálách v oblasti pozornosti a impulzivity. Vzhledem k diagnóze poruchy chování se nejedná o očekávaný výsledek. Zlepšení pozornosti bylo u něj zřetelně vidět a korelovalo s narůstajícím zájmem a respektem ke koni. I když se v dalších lekcích Petr choval otevřeněji, žádnou impulzivitu jsem u něj nezaznamenal, její snížení však může souviset se zlepšením pozornosti. Překvapující byl rovněž výsledek škál, který popíral jakoukoliv agresivitu a opoziční chování, což se zcela neslučuje s diagnózou poruchy chování. Porucha chování je zřetelnější u dalšího výrazného zlepšení (29%), kterým je porušování pravidel. Respektování pravidel bylo Petrovým klíčovým problémem a jeho zlepšení bylo u něj v průběhu programu pozorovatelné ve vztahu k terapeutkám, zájmu o aktivity a jejich dokončování, respektování pravidel bezpečnosti a rovněž korelovalo s narůstající sebejistotou. V návaznosti na respektování pravidel došlo ke zlepšení (17%)

v respektování autorit, které společně se zlepšením pozornosti, pravděpodobně zapříčinilo zlepšení ve schopnosti organizovat svou činnost (17%). Zlepšení v oblasti asertivity (17%) bylo v rámci programu rovněž viditelné. Výraznější zhoršení (25%) v oblasti provokativního chování může být způsobenou adaptací na dětské oddělení, vymezováním se v kolektivu apod.

První cíl programu snížení úzkosti a nejistoty byl dosažen částečně ve 2. lekci a zcela výrazně již ve 4. lekci. Druhý cíl, identifikace s rolí dítěte, byl dosažen a zřetelněji pozorovatelný byl v poslední lekci. Třetí cíl respektování autorit byl částečně dosažen, především však v oblasti dodržování pravidel.

Jirka

Položky škál	Vstupní hodnocení	Výstupní hodnocení	Procentuální rozdíl
pozornost	5 - trvale snižená	5 - trvale snižená	0
schopnost organizovat svou činnost	6 – špatná	5 - trvale snižená	+ 17%
spolupráce se spolužáky	4 – kolísající	4 - kolísající	0
respektování autorit	2 – dobrá	2 - dobrá	0
hyperaktivita	4 – kolísající	5 - slabá	+ 17%
impulzivita	4 – kolísající	5 - slabá	+ 17%
zodpovědnost	5 - trvale snižená	5 - trvale snižená	0
asertivita	4 – kolísající	4 - kolísající	0
školní výkon	7 - velmi špatný	6 - špatný	+ 17%
četnost projevů fyzického agresivního jednání	4 - jednou za týden	6 - jednou za měsíc	+ 29%

intenzita projevů fyzického agresivního jednání	3 – nízká	3 - nízká	0
četnost projevů verbálního agresivního jednání	6 - jednou za měsíc	6 - jednou za měsíc	0
intenzita projevů verbálního agresivního jednání	3 – nízká	3 - nízká	0
opoziční chování	4 - bez projevů	4 - bez projevů	0
porušování pravidel	4 - jednou za týden	6 - jednou za měsíc	+ 29%
empatie	3 – dostačující	3 - dostačující	0
provokativní chování	3 - občas se vyskytující	4 - ojediněle se vyskytující	+ 25%
emoční stav	3 - v normě, dle situace	3 - v normě, dle situace	0

V průběhu hiporehabilitačního programu bylo možné u Jirky pozorovat celkové zklidnění, především ve verbální oblasti, což koresponduje s významným zlepšením v oblasti provokativního chování (25%) a impulzivity (17%). Rovněž se Jirka začal více soustředit na pocity koně, jeho jednání s ním bylo postupem lekcí více rozvážené. Narůstající respekt ke zvířeti, celkové zklidnění, stabilizace emotivity a zlepšení spolupráce s terapeutkami mohlo zapříčinit snížení projevů agresivity (29%) a tendence porušovat pravidla (29%). Zlepšení soustředění a nutnost rozvahy při práci s koněm se zřejmě odrazila i ve zlepšení schopnosti organizovat svou činnost (17%), školního výkonu (17%) a hyperaktivity (17%). Z hlediska prohloubení emočního prožívání a vztahu ke zvířeti je zajímavé, že v posuzovací škále nedošlo ke změně v oblasti empatie.

Z hlediska cílů hiporehabilitačního programu (naplnění potřeby blízkého vztahu, respektování autorit, ovlivnění konfliktního jednání) není jasné, proč Jirkovo respektování autorit je v posuzovacích škálách hodnoceno jako dobré. Pravděpodobně posuzovatelka

tento problém shledala spíše v tendenci porušovat pravidla. I tak lze říci, že tento cíl byl dosažen. Cíl naplnění blízkého vztahu byl v průběhu lekcí evidentní, i když se neprojevil v posuzovacích škálách v oblasti empatie. Na dosaženém cíli o snížení konfliktního jednání se shoduje jak mé pozorování, tak i posuzovací škály.

Jakub

Položky škál	Vstupní hodnocení	Výstupní hodnocení	Procentuální rozdíl
pozornost	4 – kolísající	3 - dostačující	+ 17%
schopnost organizovat svou činnost	3 – dostačující	2 - dobrá	+ 17%
spolupráce se spolužáky	4 – kolísající	3 - dostačující	+ 17%
respektování autorit	4 – kolísající	3 - dostačující	+ 17%
hyperaktivita	2 – výrazná	3 - nadprůměrná	+ 17%
impulzivita	3 – nadprůměrná	4 - kolísající	+ 17%
zodpovědnost	3 – dostačující	3 - dostačující	0
asertivita	2 – dobrá	4 - kolísající	– 33%
školní výkon	3 – dostačující	3 - dostačující	0
četnost projevů fyzického agresivního jednání	3 - několikrát za týden	4 - jednou za týden	+ 14%
intenzita projevů fyzického agresivního jednání	2 – vysoká	2 - vysoká	0
četnost projevů	3 - několikrát za	4 - jednou za týden	+ 14%

verbálního agresivního jednání	týden		
intenzita projevů verbálního agresivního jednání	2 – vysoká	3 - nízká	+ 33%
opoziční chování	3 – zvýšená	3 - zvýšená	0
porušování pravidel	3 - několikrát za týden	4 - jednou za týden	+ 14%
empatie	4 – kolísající	2 - dobrá	+ 33%
provokativní chování	3 - občas se vyskytující	3 - občas se vyskytující	0
emoční stav	3 - v normě, dle situace	3 - v normě, dle situace	0

V průběhu hiporehabilitačního programu bylo možné u Jakuba pozorovat celkové zklidnění. Jeho verbální projev byl v posledních lekcích soustředěnější a adekvátnější, což koresponduje se zlepšením impulzivity (17%) a částečně i s četností verbálního agresivního jednání (17%). Rovněž jeho chování bylo obezřetnější a o trochu lépe koordinované, což by mohlo souviset se snížením hyperaktivity (17%) a nárůstem pozornosti (17%). Evidentní u něj byl nárůst zájmu o pocity koně, který mohl zapříčinit významné zlepšení v oblasti empatie (33%) a následně i ve snížení četnosti fyzického agresivního jednání (14%). Pozorovatelné u něj bylo i zlepšení spolupráce ve skupině (17%), respektování pravidel při práci s koňmi (14%), což se zlepšením pozornosti vysvětluje nárůstem schopnosti organizovat svou činnost (17%). Domnívám se, že zlepšení empatie a verbálního projevu, zapříčinily druhou nejvýznamnější změnu, kterou bylo snížení intenzity agresivního verbálního projevu (33%). Zajímavým výsledkem posuzovacích škál bylo zhoršení (33%) v asertivitě. Pravděpodobně se jednalo o situační vlivy a možná také posuzovatelka hodnotila sníženou potřebu prosazení se ve skupině, aniž by mělo pozitivní či negativní formu a souviselo tak pouze s celkovým zklidněním.

V rámci mého pozorování se u Jakuba naopak asertivita zlepšila a korespondovala s nárůstem jistoty v provádění jednotlivých aktivit.

První cíl hiporehabilitačního programu, ovlivnění agresivity, byl částečně naplněn. Z hlediska fyzické agresivity byl výsledek méně významný, oproti tomu v oblasti verbálního agresivního jednání došlo k výraznějšímu zlepšení. U druhého cíle, ovlivnění impulzivity, došlo rovněž jen k částečnému zlepšení. Poslední cíl, snížení nejistoty, je příliš subjektivní, ale z hlediska vytvoření si vztahu ke zvířeti a větší jistoty při provádění aktivit v rámci programu to lze předpokládat.

Martin

Položky škál	Vstupní hodnocení	Výstupní hodnocení	Procentuální rozdíl
pozornost	3 – dostačující	3 - dostačující	0
schopnost organizovat svou činnost	3 – dostačující	3 - dostačující	0
spolupráce se spolužáky	3 – dostačující	2 - dobrá	+ 17%
respektování autorit	2 – dobrá	2 - dobrá	0
hyperaktivita	1 - velmi výrazná	2 - výrazná	+ 17%
impulzivita	2 – výrazná	4 - kolísající	+ 33%
zodpovědnost	3 – dostačující	2 - dobrá	+ 17%
asertivita	2 – dobrá	1 - velmi dobrá	+ 17%
školní výkon	3 – dostačující	3 - dostačující	0
četnost projevů fyzického agresivního jednání	3 - několikrát za týden	4 - jednou za týden	+ 14%

intenzita projevů fyzického agresivního jednání	3 – nízká	3 - nízká	0
četnost projevů verbálního agresivního jednání	3 - několikrát za týden	4 - jednou za týden	+ 14%
intenzita projevů verbálního agresivního jednání	2 - vysoká	2 - vysoká	0
opoziční chování	3 – zvýšená	3 - zvýšená	0
porušování pravidel	4 - jednou za týden	5 - několikrát za měsíc	+ 14%
empatie	2 - dobrá	2 - dobrá	0
provokativní chování	3 - občas se vyskytující	4 - ojediněle se vyskytující	+ 25%
emoční stav	5 - výrazně optimistický	4 - mírně optimistický	viz. interpretace níže

V průběhu hiporehabilitačního programu bylo možné u Martina pozorovat výrazné snížení impulzivity, které je i největším rozdílem obou posuzovacích škál (33%). Snížení impulzivity se projevilo i ve snížení hyperaktivity (17%). Martinovo chování se stávalo v průběhu lekcí opatrnější, a to nejen kvůli snížení impulzivity, ale i díky vnímání následků svého jednání a nárůstu respektu k autoritě koně. Tyto faktory mohly zapříčinit v posuzovacích škálách zmírnění porušování pravidel (14%), posílení zodpovědnosti (17%) a možná i zmírnění provokativního chování (25%), na němž se podílí i zlepšení spolupráce ve skupině (17%), které bylo u něj také možné sledovat. U Martina bylo rovněž zřetelné výrazné zvýšení zájmů o koně, i když posuzovatelka hodnotila Martinovu vstupní úroveň empatie jako dobrou, což není při výrazném agresivním jednání zcela obvyklé. Ovšem hodnocení Martinovy asertivity (nárůst z 83% na 100%) jako velmi dobré je při jeho agresivitě vyloučeno. Zde je nutné připomenout, že Martinovy a Jakubovy

posuzovací škály vyplňovala jedna posuzovatelka a je možné, že hodnotila asertivitu jako prosazování se, aniž by více rozlišovala jeho negativní či pozitivní formu. V průběhu programu nikdo z klientů nebyl fyzicky agresivní, přesto se můžeme domnívat, že mírné zlepšení v četnosti verbálního (14%) a fyzického (14%) agresivního jednání, bylo u Martina způsobeno kombinací některých z výše uvedených faktorů. Martinovo zpočátku impulzivnější jednání bylo doprovázeno nadnesenou náladou vzdáleně připomínající mánii. Postupným zklidněním došlo i k stabilizaci emotivity.

Nejvýznamněji dosaženým cílem hiporehabilitačního programu bylo snížení impulzivity. Druhý cíl, ovlivnění agresivity, byl dosažen jen částečně. Poslední cíl, snížení nejistoty, je příliš subjektivní, ale z hlediska nárůstu zájmu o koně a větší jistoty při provádění aktivit v rámci programu to lze předpokládat.

Jana

Položky škál	Vstupní hodnocení	Výstupní hodnocení	Procentuální rozdíl
pozornost	2 – dobrá	2 - dobrá	0
schopnost organizovat svou činnost	2 – dobrá	2 - dobrá	0
spolupráce se spolužáky	4 – kolísající	3 - dostačující	+ 17%
respektování autorit	2 – dobrá	2 - dobrá	0
hyperaktivita	5 – slabá	5 - slabá	0
impulzivita	5 – slabá	5 - slabá	0
zodpovědnost	2 – dobrá	1 - velmi dobrá	+ 17%
asertivita	4 – kolísající	3 - dostačující	+ 17%
školní výkon	4 – kolísající	3 - dostačující	+ 17%
četnost projevů	8 - bez projevů	8 - bez projevů	0

fyzického agresivního jednání			
intenzita projevů fyzického agresivního jednání	4 – nulová	4 - nulová	0
četnost projevů verbálního agresivního jednání	8 - bez projevů	8 - bez projevů	0
intenzita projevů verbálního agresivního jednání	4 – nulová	4 - nulová	0
opoziční chování	4 - bez projevů	4 - bez projevů	0
porušování pravidel	4 - jednou za týden	5 - několikrát za měsíc	+ 14%
empatie	3 – dostačující	2 - dobrá	+ 17%
provokativní chování	5 - zcela bez projevů	5 - zcela bez projevů	0
emoční stav	2 - mírně depresivní	3 - v normě, dle situace	viz. interpretace

U Jany bylo možné v průběhu hiporehabilitačního programu pozorovat překonávání stavů úzkosti a strachu, zvýšením sebejistoty a zájmu o koně, který mohl vést k nárůstu empatie (17%). Díky tomu se zlepšovalo její emoční ladění. Uvědomila si, že když překoná jednu překážku, tak další již překoná snadněji bez ohledu na to, jak jí vnímá její okolí. Tato změna se promítla i v její spolupráci se skupinou (17%), zřejmě i v zlepšení školního výkonu (17%), celkové zodpovědnosti k plnění úkolů (17%) a v asertivitě (17%). Mírného zlepšení dosáhla i v oblasti porušování pravidel (14%), které u ní bylo pravděpodobně zapříčiněno potřebou vyhnout se úkolům a rozhodnutím.

První cíl hiporehabilitačního programu, ovlivnění subdepresivního ladění v rámci disharmonického vývoje osobnosti, byl u Jany evidentně naplněn. Rovněž u druhého cíle,

zmírnit záchvaty úzkosti s hyperventilací, došlo k výraznějšímu zlepšení. Poslední cíl, snížení nejistoty z toho, co si o ní myslí ostatní, byl také částečně dosažen skrze posílení Janiny sebedůvěry.

5 Diskuze

Na závěr mého pozorování, po rozhovoru s terapeutkami a analýze posuzovacích škál, předkládám k diskuzi témata týkající se metodologie výzkumu, výsledků v oblasti redukce symptomů obou diagnóz a směřování dalšího výzkumu.

Ve většině případů se výsledky mého pozorování shodují s výsledky posuzovacích škál. V několika málo případech jsou však výsledky posuzovacích škál zavádějící a může se jednat o subjektivní či unáhlená posouzení, případně o intervenující vlivy. Na některých zřetelně pozorovatelných změnách v chování klientů jsme se shodli s terapeutkami, posuzovací škály ale tyto změny nezaznamenaly. Otázkou je, jestli jsem společně s terapeutkami neměl možnost vidět klienty pouze v jednom specifickém prostředí a v jiném prostředí je vnímají například učitelky. Hlavní problém posuzovacích škál však shledávám v tom, že zachycují období tří týdnů, a tudíž se v nich pravděpodobně promítly vlivy léčby a ostatních terapeutických metod, kterými klienti v tomto období prošli. Z tohoto důvodu výsledky výzkumu opírám primárně o vlastní pozorování. Jak bylo zmíněno v kap. 4.2, posuzovací škály jsou doplňující technikou výzkumu, přesto však jejich zařazení do výzkumu považuji za přínosné, protože se jejich výsledky shodují s výsledky mého pozorování přibližně z 90%. Samozřejmě validnější výsledky by poskytly posuzovací škály, pokud by je vyplňovali sami klienti. To však nebylo při celkové zátěži a adaptaci na psychiatrické oddělení zcela možné.

V průběhu programu všichni klienti dosáhli zlepšení v oblasti sebejistoty, empatie, spolupráce a impulzivity (kromě Jany, která nebyla impulzivní). U všech klientů došlo v různé míře ke stabilizaci emotivity, což korespondovalo s nárůstem sebejistoty. Dalším významným výsledkem bylo, že 4 klienti dosáhli zlepšení v oblasti respektování autorit (kromě Jany, která s tím neměla výraznější problém) a všichni pak v dodržování pravidel. U všech třech klientů, kteří měli problém s agresivitou, došlo v různé míře k zlepšení. Další výsledky byly již individuálně zastoupené, mezi ty výraznější (3 z 5 klientů) patřilo zlepšení schopnosti organizovat svou činnost, pozornosti a snížení hyperaktivity.

Nejčastěji uváděným výsledkem hiporehabilitace u dětí s poruchami chování a ADHD je zlepšení sebejistoty (viz. kap. 2.4.3), což koresponduje s výsledky mého výzkumu. Žádný z výzkumů se však přímo nezabýval impulzivitou, což považuji za určitý nedostatek u studií zabývajících se ADHD (Cuypers, Ridder, Strandheim, 2010;

Hepnerová, 2011; Urmanová 2008; aj.), protože impulzivita se začíná považovat u ADHD za klíčovou. (Pacit et al., 2007; Munden, Arcelus, 2008) Tento výsledek považuji v rámci mé práce za přínosný. Předpokládám, že následkem snížení impulzivity, došlo k poklesu hyperaktivity, zlepšení pozornosti a schopnosti organizovat svou činnost, což jsou výsledky, které již studie hiporehabilitace také zaznamenaly. (Cuypers, Ridder, Strandheim, 2010; Tetreault, 2006; Veselá citovaná podle Pipeková, Vítková, 2001; aj.) Dodržování pravidel a respektování autorit je v literatuře často uváděno jako účinek hiporehabilitace, avšak studie, které se zabývaly zlepšením chování, tyto kategorie přímo nevyčleňovaly, respektive sledovaly pouze obecnější kategorii zlepšení spolupráce (Ewing, MacDonald, Taylor, Bowers, 2007; Burgon, 2011; Hepnerová, 2011; aj.), která se shoduje i s výsledky mého pozorování. Zlepšení v respektování autorit uvádí ve svém výzkumu pouze Hepnerová (2011). Považuji tedy dílčí výsledky v těchto oblastech rovněž za přínosné. Stabilizace emotivity (viz. kap. 2.4.6), nárůst empatie (viz. kap. 2.4.5) a pokles agresivity (viz. kap. 3) jsou často uváděnými výsledky podobných studií, což se promítlo i ve výsledcích mého výzkumu.

V souhrnu lze tedy říci, že výsledek hiporehabilitačního programu byl jednoznačně pozitivní, i když některé z výše uvedených výsledků byly dosaženy třeba jen částečně. Je však zapotřebí si uvědomit, že klienti přicházeli do programu v akutním stádiu onemocnění a není tedy zcela možné, aby například vysoce agresivní klient po absolvování 6 lekcí programu přestal být agresivní. Zde je nutno připomenou studii Memishevijk a Hodzhikj (2010), v níž autoři poznamenávají, že je důležité správně interpretovat počáteční úroveň dětí. Domnívám se, že efekt při opakování terapie by mohl mít exponenciální nárůst. Stejně tak, na základě rozhovoru s pedagogickými pracovníky vyplynulo, že efekt hiporehabilitace může být pouze dočasný. Největším přínosem programu by bylo, pokud by klienti i nadále zůstali v kontaktu s koňmi, což by se stalo smysluplným trávením volného času, tak jak o tom pojednává standard AVK. Domnívám se, že právě exponenciální nárůst efektu při opětovném absolvování hiporehabilitace a délka efektu hiporehabilitace po skončení programu by mohly být předmětem dalšího výzkumu, který by komplexněji ověřil míru efektivity hiporehabilitace.

6 Závěr

V úvodu definovaným cílem diplomové práce bylo ověřit míru efektivity hiporehabilitačního programu u dětí s ADHD a poruchou chování. Výsledek pozorování 5 probandů v rámci uceleného hiporehabilitačního programu dopadl jednoznačně pozitivně a u všech 5 probandů došlo k redukci nejvýraznějších symptomů. Na základě studia literatury a z vlastního výzkumu předpokládám, že se jedná o účinnou a přirozenou metodu reedukace poruch chování a rehabilitace ADHD. Domnívám se tedy, že metodě hiporehabilitace by měla být věnována větší pozornost z hlediska etopedické praxe.

Středisko hiporehabilitace Pirueta působí od roku 2001 v Psychiatrické nemocnici Havlíčkův Brod, která je druhou největší psychiatrickou nemocnicí v ČR. Z celkového počtu klientů dětského oddělení, kteří absolvovali od roku 2001 hiporehabilitační program, přicházeli na hiporehabilitaci klienti nejčastěji s diagnózou hyperkinetické poruchy chování, která je společnou diagnózou pro poruchu chování a ADHD. Druhou nejčastěji zastoupenou diagnózou byla porucha chování, případně v kombinaci s poruchou emocí. Skladba klientů odpovídala charakteru hiporehabilitačního programu, který byl viditelně více zaměřený na majoritní diagnózu poruch chování, i přesto však měl pozitivní dopad na redukci symptomů ADHD. Některé účinky hiporehabilitačního programu, jako bylo například zlepšení sebekontroly a snížení impulzivity, měly dopad na obě diagnózy. Z hlediska léčby ADHD by však bylo lepší vymezit samostatný a více specializovaný program pro tuto diagnózu, který by se více zaměřoval na koordinaci senzomotoriky a rehabilitaci kognitivních funkcí, která je zatím nejméně prozkoumanou oblastí hiporehabilitace a tomu odpovídá i její nedostatečná koncepčnost v praxi.

Pravděpodobně u samotného ADHD je hiporehabilitace zřídka používanou metodou, protože by se muselo jednat o ambulantní klientelu. Není totiž žádný důvod hospitalizovat děti s ADHD v psychiatrických nemocnicích. Je tedy zapotřebí vyvinout specializované ambulantní hiporehabilitační programy pro děti s ADHD, ale i pro klienty, kteří již ukončili hospitalizaci na psychiatrii. Rovněž z hlediska zájmu dětí o pokračování hiporehabilitace se domnívám, že ambulantní služby jsou výrazně poddimenzované. Pokud by tyto programy byly vytvořeny, stačilo by kontaktovat poradenská zařízení, která klienti navštěvují, případně ambulantní psychiatry, aby klientům poskytovali doporučení na hiporehabilitaci. Speciálně pedagogické vzdělání je považováno za ideální kvalifikaci

k práci ve všech hipocentrech a bylo by vítané, pokud by speciální pedagog tyto hiporehabilitační programy navrhoval.

Použitá literatura

- BACHI, K. *Equine-Facilitated Psychotherapy: The Gap between Practice and Knowledge* [online]. (In) *Society and Animals*, 20/2012, s. 364-380. ISSN 1063-1119. [cit. 1.2.2014]. Dostupné z WWW: <<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=d7709c7a-9b22-42ca-8a27-3a278726f3c9%40sessionmgr115&vid=5&hid=119>>.
- BRAND, C. *Equine-Facilitated Psychotherapy as a Complementary Intervention* [online]. (In) *The Practitioner Scholar: Journal of Counseling and Professional Psychology*, 2/2013, s. 23-42. ISSN 2009-4612. [cit. 1.2.2014]. Dostupné z WWW: <<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=d7709c7a-9b22-42ca-8a27-3a278726f3c9%40sessionmgr115&hid=119>>.
- BURGON, L., H. „*Queen of The World*“: *Experiences of „At-Risk“ Young People Participating In Equine-Assisted Learning/Therapy* [online]. (In) *Journal of Social Work Practice*, 25/2011, s. 165-183. ISSN 0265-0533. [cit. 1.2.2014]. Dostupné z WWW: <<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=d7709c7a-9b22-42ca-8a27-3a278726f3c9%40sessionmgr115&hid=119>>.
- CASKOVÁ, V. *Hipoterapie jako metoda*. In PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. (ed.) *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. 2. vyd. Brno: Paido, 2001, s. 140-146. ISBN 80-7315-010-7.
- CUYPERS, K., RIDDER, D., K., STRANDHEIM, A. *The Effect of Therapeutic Horseback Riding on 5 Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Pilot Study* [online]. (in) *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 17/2011, N. 10, s. 901-908. ISSN 1557-7708. [cit. 1.2.2014]. Dostupné z WWW: <<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&sid=d7709c7a-9b22-42ca-8a27-3a278726f3c9%40sessionmgr115&hid=119>>.
- Česká hiporehabilitační společnost. *Oficiální slovník ČHS* [online]. Brno: Česká hiporehabilitační společnost, 2012 [cit. 1.10.2013]. Dostupné z WWW: <<http://www.hiporehabilitace-cr.com/vse-o-chs/oficialni-slovník-chs/>>.

Česká hiporehabilitační společnost. *Standardy AVK* [online]. Brno: Česká hiporehabilitační společnost, 21. 10. 2011 [cit. 8.12.2013]. Dostupné z WWW: <<http://www.hiporehabilitace-cr.com/co-je-hiporehabilitace/aktivity-s-vyuzitim-koni/standardy-avk/>>.

DROZDOVÁ, M. *Vliv hiporehabilitace na bio-psycho-sociální složku u zdravotně znevýhodněných dětí v souvislosti ovlivnění školní úspěšnosti*. UK v Praze, Pedagogická fakulta, 2012. 126 s. Diplomová práce.

EAGALA. *What Is EAGALA Model?* [online]. Santaquin: EAGALA, 2010 [cit. 7.2.2014]. Dostupné z WWW: <http://www.eagala.org/Information/What_Is_EAGALA_Model>.

EWING, A., C., MACDONALD, M., P., TAYLOR, M., BOWERS, M. *Equine-Facilitated Learning for Youths with Severe Emotional Disorders: A Quantitative and Qualitative Study* [online]. (In) Child Youth Care Forum, 36/2007, s. 59-72. ISSN 1573-3319. [cit. 1.2.2014]. Dostupné z WWW: <<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=d7709c7a-9b22-42ca-8a27-3a278726f3c9%40sessionmgr115&vid=14&hid=119>>.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.

HEPNEROVÁ, M. *Hiporehabilitace a děti s ADHD z pohledu sociálního pedagoga*. Institut mezioborových studií Brno, 2011. 57 s. Bakalářská práce.

HOLLÝ, K., HORNÁČEK, K. *Hipoterapie, léčba pomocí koně*. 1. vyd. Ostrava: Montanex, 2005. 295 s. ISBN 80-7225-190-2.

HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. 2. vyd. Praha: TIGIS, 2004. 884 s. ISBN 80-900130-7-4.

LANTELME, V., SMÍŠKOVÁ, Š. *Léčba koňmi: 3. Rozvoj hiporehabilitace v Čechách* [online]. Equinchannel.cz, 9.3.2009. ISSN 1213.0737. [cit. 7.12.2013]. Dostupné z WWW: <<http://www.equinchannel.cz/lecba-konmi-3-rozvoj-hiporehabilitace-v-cechach>>.

LENTINI, J., A., KNOX, M. *A Qualitative and Quantitative Review of Equine Facilitated Psychotherapy (EFP) with Children and Adolescents* [online]. (In) The Open

- Complementary Medicine Journal, 1/2009, s. 51-57. ISSN 1876-391X. [cit. 1.2.2014]. Dostupné z WWW: <<http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail?sid=d7709c7a-9b22-42ca-8a273a278726f3c9%40sessionmgr115&vid=15&hid=119&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=36112627>>.
- MAŠKOVÁ, A. *Psychoterapie pomocí koní* [online]. Brno: Česká hiporehabilitační společnost. [cit. 2.12.2013]. Dostupné z WWW: <<http://www.hiporehabilitace-cr.com/co-je-hiporehabilitace/psychoterapie-pomoci-kone/>>.
- MATĚJČEK, Z. *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1992. 215 s. ISBN 80-04-25236-2.
- MEMISHEVIKJ, H., HODZHIKJ, S. *The effects of Equine-Assisted Therapy in improving the psychosocial functioning of children with autism* [online]. (In) The Journal of Special Education and Rehabilitation, 6/2010, s. 43-49. ISSN 1409-6099. [cit. 2.12.2013]. Dostupné z WWW: <<http://www.readperiodicals.com/201007/2276359201.html#b>>.
- Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize (MKN-10). *Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 1992. 282 s. ISBN 80-85121-37-9.
- MUNDEN, A., ARCELUS, J. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. 3. vyd. Praha: Portal, 2008. 120 s. ISBN 978-80-7367-430-4.
- OSBORNE, S., A., SELBY, A. *Implication of the Literature on Equine-Assisted Activities for Use as a Complementary Intervention in Social Work Practice with Children and Adolescents* [online]. (In) Child Adolescent Social Work Journal, 27/2010, s. 291-307. ISSN 1573-2797. [cit. 1.2.2014]. Dostupné z WWW: <<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=17&sid=d7709c7a-9b22-42ca-8a27-3a278726f3c9%40sessionmgr115&hid=119>>.
- PACLT, I., et al. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 240 s. ISBN 978-80-247-1426-4.
- PELIKÁN, J. *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007. 270 s. ISBN 978-80-7184-569-0.

- RYNEŠOVÁ, Č., P. *Když kuň léčí duši, aneb metodika hiporehabilitace zaměřená na klienty s duševním onemocněním*. 1. vyd. Pardubice: Direkte, 2011. 119 s. ID: ID3046.
- RYNEŠOVÁ, Č., P. *Využití hiporehabilitace při psychologické intervenci s klienty psychiatrické léčebny*. UK v Praze, Filozofická fakulta, 2008. 148 s. Rigorózní práce.
- Středisko hiporehabilitace Pirueta. *Nadační fond pro hiporehabilitaci* [online]. Havlíčkův Brod: Středisko hiporehabilitace Pirueta. [cit. 2.12.2013]. Dostupné z WWW: <<http://hipoterapie.crespo.cz/fond.asp>>.
- Středisko hiporehabilitace Pirueta. *Úvod* [online]. Havlíčkův Brod: Středisko hiporehabilitace Pirueta. [cit. 2.12.2013]. Dostupné z WWW: <<http://hipoterapie.crespo.cz/hipo.asp>>.
- TETREAULT, A. *Horses that heal: The effectiveness of Equine Assisted Growth and Learning on the behavior of students diagnosed with Emotional Disorder* [online]. Governors State University, University Park, IL., 2006. [cit. 8.12.2013]. 82 s. Diplomová práce. Dostupné z WWW: <http://www.eagala.org/Research/Academic_Papers>.
- TILEŠOVÁ, S., et al. *Hippoterapia. Pedagogicko-psychologické jazdenie*. 1. vyd. Bratislava: ŠEVT, 2009. 378 s. ISBN 978-80-8106-011-3.
- URMANOVÁ, L. *Možnosti využití hiporehabilitace u dětí a dospívajících s poruchami chování a syndromem ADHD*. UK v Praze, Fakulta humanitních studií, 2008. 65 s. Bakalářská práce.
- VELEMÍNSKÝ, M., et al. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. 1. vyd. České Budějovice: DONA, 2007. 335 s. ISBN 978-80-7322-109-6.
- VESELÁ, J. *Hipoterapie z pohledu psychologa – terapeuta*. In PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. (ed.) *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. 2. vyd. Brno: Paido, 2001, s. 137-139. ISBN 80-7315-010-7.
- VÁGNEROVÁ, M. *Školní poradenská psychologie pro pedagogy*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 430 s. ISBN 80-246-1074-4.

Seznam zkratek

ADD – porucha pozornosti

ADHD – deficit pozornosti a porucha hyperaktivity

AVK – Aktivity s využitím koní

BAP – bipolárně-afektivní porucha

CNS – centrální nervová soustava

ČHS - Česká hiporehabilitační společnost

DD – dětský domov

DSM-IV - Diagnostický a statistický manuál, 4. Revize

EAGALA – Mezinárodní asociace zabývající se aktivitami s využitím koní a psychoterapií pomocí koní

HETI - Mezinárodní federace zabývající se aktivitami s využitím koní a psychoterapií pomocí koní

LMR – lehká mentální retardace

MKN-10 – Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. Revize

PIAFA – Sdružení sídlící ve Vyškově u Brna, které se zabývá pomocí zdravotně postiženým a sociálně znevýhodněným osobám. Jednou z aktivit sdružení je poskytování hiporehabilitace.

PN – psychiatrická nemocnice (PN Havlíčkův Brod, PN Šternberk)

PPK – Psychoterapie pomocí koní

SPU – specifické poruchy učení

Přílohy

Posuzovací škála

Dobrý den,

jsem studentem Katedry speciální pedagogiky Ped. fakulty UK v Praze. Prosím Vás o vyplnění vstupní posuzovací škály zakroužkováním číselné hodnoty u jednotlivých pokynů. V případě zájmu můžete na vytečkovaném řádku slovně specifikovat či doplnit odpověď. Vyplněním škály přispějete k výzkumu efektivity hiporehabilitace u dětí s poruchami chování a ADHD.

Za vyplnění velice děkuji,

Bc. Martin Lukáš

Jméno dítěte:

Věk:

Určete míru pozornosti, schopnosti se soustředit na úkoly, zadání, pokyny, apod.

1 – velmi dobrá 2 – dobrá 3 – dostačující 4 – kolísající 5 – trvale snížená 6 – špatná
7 – velmi špatná

Pozn.:.....

Určete míru schopnosti organizovat svou činnost a orientovat se v každodenních povinnostech.

1 – velmi dobrá 2 – dobrá 3 – dostačující 4 – kolísající 5 – trvale snížená 6 – špatná
7 – velmi špatná

Pozn.:.....

Určete míru spolupráce se spolužáky.

1 – velmi dobrá 2 – dobrá 3 – dostačující 4 – kolísající 5 – trvale snižena 6 – špatná
7 – velmi špatná

Pozn.:.....

Ohodnoťte schopnost respektovat autority.

1 – velmi dobrá 2 – dobrá 3 – dostačující 4 – kolísající 5 – trvale snižena 6 – špatná
7 – velmi špatná

Pozn.:.....

Určete míru projevu hyperaktivity (nadměrný pohyb, neklid).

1 – velmi výrazná 2 – výrazná 3 – nadprůměrná 4 – kolísající 5 – slabá 6 – téměř žádná
7 – žádná

Pozn.:.....

Určete míru nadměrné impulzivity (vyrušování, zvýšená reaktivita na podněty).

1 – velmi výrazná 2 – výrazná 3 – nadprůměrná 4 – kolísající 5 – slabá 6 – téměř žádná
7 – žádná

Pozn.:.....

Určete míru zodpovědnosti k plnění povinností.

1 – velmi dobrá 2 – dobrá 3 – dostačující 4 – kolísající 5 – trvale snižena 6 – špatná
7 – velmi špatná

Pozn.:.....

Určete míru asertivity a zdravého sebeprosazování.

1 – velmi dobrá 2 – dobrá 3 – dostačující 4 – kolísající 5 – trvale snižena 6 – špatná
7 – velmi špatná

Pozn.:.....

Ohodnoťte kvalitu školního výkonu.

1 – velmi dobrá 2 – dobrá 3 – dostačující 4 – kolísající 5 – trvale snižena 6 – špatná
7 – velmi špatná

Pozn.:.....

Určete četnost projevů fyzického agresivního jednání.

1 – několikrát za den 2 – jednou za den 3 – několikrát za týden 4 – jednou za týden 5 –
několikrát za měsíc 6 – jednou za měsíc 7 – méně než jednou za měsíc 8 – bez projevů

Pozn.:.....

Určete intenzitu projevů fyzického agresivního jednání.

1 – velmi vysoká 2 – vysoká 3 – nízká 4 – nulová

Pozn.:.....

Určete četnost projevů verbálního agresivního jednání.

1 – několikrát za den 2 – jednou za den 3 – několikrát za týden 4 – jednou za týden 5 –
několikrát za měsíce 6 – jednou za měsíc 7 – méně než jednou za měsíc 8 – bez projevů

Pozn.:.....

Určete intenzitu projevů verbálního agresivního jednání.

1 – velmi vysoká 2 – vysoká 3 – nízká 4 – nulová

Pozn.:.....

Ohodnoťte intenzitu opozičního chování (vzdorovitost).

1 – velmi vysoká 2 – vysoká 3 – zvýšená 4 – bez projevů

Pozn.:.....

Určete četnost porušování pravidel.

1 – několikrát za den 2 – jednou za den 3 – několikrát za týden 4 – jednou za týden 5 – několikrát za měsíce 6 – jednou za měsíc 7 – méně než jednou za měsíc 8 – nulová

Pozn.:.....

Zkuste ohodnotit míru empatie.

1 – velmi dobrá 2 – dobrá 3 – dostačující 4 – kolísající 5 – trvale snižena 6 – špatná 7 – velmi špatná

Pozn.:.....

Určete míru provokativního chování.

1 – velmi vysoká 2 – vysoká 3 – občas se vyskytující 4 – ojediněle se vyskytující 5 – zcela bez projevů

Pozn.:.....

Zkuste posoudit emoční stav.

1 – velmi depresivní 2 – mírně depresivní 3 – v normě, dle situace 4 – mírně optimistický/á 5 – výrazně optimistický/á

Pozn.:.....

Poznámka autora:

Výstupní škála zůstala nezměněna, pouze byla doplněna o následující dvě otevřené otázky:

- Jaký význam měla či má podle Vás hiporehabilitace pro dítě?
- Domníváte se, že na změnu stavu dítěte měla vliv jiná léčba, terapie, výchovná opatření apod., respektive něco, co by mohlo zkreslovat výsledný účinek hiporehabilitace?